

Evelise Barbosa

**Impacto da ansiedade nas mães com filhos
hospitalizado na pediatria do Hospital Dr. Agostinho
Neto**

Universidade Jean Piaget de Cabo Verde

Campus Universitário da Cidade da Praia
Caixa Postal 775, Palmarejo Grande
Cidade da Praia, Santiago
Cabo Verde

8.5.13

Evelise Barbosa

**Impacto da ansiedade nas mães com filhos
hospitalizado na pediatria do Hospital Dr. Agostinho
Neto**

Universidade Jean Piaget de Cabo Verde

Campus Universitário da Cidade da Praia
Caixa Postal 775, Palmarejo Grande
Cidade da Praia, Santiago
Cabo Verde

8.5.13

Evelise Barbosa, autora da monografia intitulada Impacto da ansiedade nas mães com filhos hospitalizado na pediatria do H.A.N., declaro que, salvo fontes devidamente citadas e referidas, o presente documento é fruto do meu trabalho pessoal, individual e original.

Cidade da Praia aos 27 de Fevereiro de 2013

Evelise Barbosa

Memória Monográfica apresentada à Universidade Jean Piaget de Cabo Verde como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia – Variante Clínica e da Saúde.

Sumário

O trabalho ora apresentado trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa-quantitativa realizada na Pediatria do Hospital Dr. Agostinho Neto na Cidade da Praia, Cabo verde.

Teve como objetivo geral saber até que ponto a ansiedade afeta a vida cotidiana das mães no processo da hospitalização do filho.

A população alvo do nosso estudo foram 10 mães que estavam no momento com o seu filho hospitalizado na referida Pediatria.

Para a coleta dos dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada em que as respostas das entrevistas foram registadas e tratadas com base na análise de conteúdo. Também foi utilizada a Escala de Eventos Vitais e Inventário de Ansiedade de Beck, que foram analisados os dados através do programa do *SPSS (Statistical Package for Social Sciences)*.

A análise dos dados demonstrou que permanecem maior parte do seu tempo no hospital independente da idade do filho. Pois, as mães reconhecem a importância em permanecer com seu filho no período da hospitalização. Porém, ansiedade pela cura do filho e a vontade de retomar as suas atividades normais é o fator que muitas vezes não permite que exerçam seus afazeres, reproduzindo assim uma desorganização no seu cotidiano, principalmente em casa, no seu cuidado pessoal e no trabalho.

Palavras Chaves: Mães, Mulheres, Ansiedade e Hospitalização.

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha mãe que me ajudou a enxergar, a beleza da vida e da sabedoria.

A todos os amantes da vida e a todos aqueles que contribuem para que a vida seja respeitada.

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus, meu Pai amado, todo-poderoso que me deu auxílio, sabedoria, saúde e vida para conseguir elaborar esta monografia.

Com grande admiração, agradeço a minha mãe que sempre me deu forças, até mesmo quando não tinha, se fez pronta para mim;

Agradeço em especial em particular a minha querida orientadora professora, Mestre Elisangela Barros e Barros, que incansavelmente disponibilizou o seu tempo a sua paciência, pois, admiro muito o seu espírito de solidariedade e empatia;

Às mães que aceitaram abertamente por colaborar com este estudo e que prontificaram sem qualquer receio de ser amostra deste estudo;

À Universidade Jean Piaget que disponibilizou toda sua equipa a meu favor, principalmente o departamento de estágio e memória da universidade;

A Federação de Psicologia do Brasil, em São Paulo que me ofereceram livros enriquecedoras para minha pesquisa;

Ao Hospital Dr. Agostinho Neto, particularmente a equipa da pediatria que colaboraram com as fases de recolha de dados e me recebeu de forma calorosa fazendo-me sentir em casa.

A Dra. Maria Teresa Cabral, coordenadora regional do gabinete de apoio as vítimas de violência doméstica, que me auxiliou com os dados da sua instituição;

Aos meus colegas de curso que me apoiaram com documentos e sugestões, sobretudo a colega e amiga Maria Teresa Varela;

Aos meus amigos e familiares que facilitaram o meu tempo de pesquisa, disponibilizando tempo para me ajudarem;

E a todos aqueles que de uma forma ou outra me apoiaram na realização deste estudo.

Conteúdo

Introdução.....	9
Capítulo 1: Enquadramento teórico.....	13
1.1 Conceitos	13
1.2 Perspetiva Etimológica, Histórica da ansiedade.....	14
1.3 Classificação dos transtornos segundo DSM-IV (1994):	16
1.4 Etiologia da ansiedade	18
1.5 Ansiedade e Vulnerabilidade feminina.....	21
1.6 Relação mãe-filho hospitalizado	24
1.7 Ambiente hospitalar como fator de ansiedade.....	31
1.8 Contributos da terapia cognitivo-comportamental na cura da ansiedade.....	34
1.8.1 Psicoterapia cognitivo-comportamental nos transtornos de ansiedade	36
1.8.1.1 Estratégias e técnicas para reestruturações cognitivas	39
1.8.1.2 Estratégias e técnicas para lidar com o componente afetivo	40
1.8.1.3 Estratégias e técnicas para lidar com o componente comportamental	40
1.9 O papel das mulheres/mães cabo-verdianas	41
Capítulo 2: Metodologia do Estudo.....	45
2.1 Amostra/Participantes.....	46
2.2 Características sociodemográficas da população.....	46
2.3 Instrumentos utilizados.....	47
2.4 Procedimentos.....	48
2.5 Instrumentos de tratamento de dados.....	50
Capítulo 3: Apresentação e discussão do Resultado	51
3.1 Análise de conteúdo da entrevista.....	51
3.2 Aspetos emocionais das mães com filho/criança hospitalizado.....	62
3.3 Análise de inventário de ansiedade de Beck.....	63
3.4 Análise da escala de eventos vitais.....	65
3.5 Análise das mães por números de eventos.....	67
Conclusão.....	69
Anexos.....	79
A.2 Roteiro de entrevista para mães.....	79
A.2 Roteiro de entrevista para médicos e enfermeiros	81
A.3 Inventário de Ansiedade de Beck- BAI.....	82
A.4 Escala de eventos vitais (Savoia, 1995:200).....	83
A.5 Termo de consentimento livre e informado.....	84
A.6 Autorização do Hospital Dr. Agostinho Neto	85
A.7 Autorização do Comité de Ética em Pesquisa para Saúde de Cabo verde	86

INTRODUÇÃO

A psicologia é hoje uma ciência inovadora, criativa e necessária para a compreensão do comportamento humano. A maior prova disso é o estudo da ansiedade que tem sido um dos maiores interesses dos estudiosos da área de saúde e não só. Este trabalho representa produto de uma reflexão e motivação pessoal do estudo da ansiedade, sendo que nos vários anos de aprendizagem confrontamos com questões que muitas vezes nos deixam sem respostas ou que simplesmente nos intriga.

Reconhece-se que a ansiedade, é uma das questões que vem ganhando palco das atenções na atualidade e despertando várias curiosidades e dúvidas que ainda estão a ser respondidas. Contudo na maternidade ela está sendo agora investigada. A mãe que antes de ser mãe, é mulher passa por diferentes tensões, desde da sua puberdade, se não criança, até a sua idade materna para ter estatuto de mãe.

A maternidade confere a mulher estatuto de maior maturidade, perspetivando-se o parto como um processo de transição a nível social, biológico e psicológico (Figueiredo,2001).

A mulher depois de ser mãe passa a vivenciar cada etapa da sua vida diferente da outra, aumentam as suas responsabilidades com o nascimento do filho que a faz sentir responsável pelo seu desenvolvimento.

Relvas (2006), explica que a presença de um filho, no núcleo familiar, implica um conjunto de reajustes no quotidiano e estrutura familiar.

Schaffer (1996), proferiu que, “...as mães assumem diferentes responsabilidades, pois na maioria dos casos, são elas as principais educadoras – apesar das transformações sociais nos papéis masculinos e femininos que têm ocorrido nas últimas décadas...não é de admirar que as crianças quando estão assustadas procuram, normalmente o apoio das mães”.

De acordo com Canavarro (2001), o único limite para a “boa mãe” parece assim ser a sua capacidade pessoal de sacrificar as suas próprias necessidades – de privacidade, espaço e coisas materiais em favor do seu filho.

Visto que demonstra grande necessidade de compressão desta patologia na sociedade cabo-verdiana, este trabalho pretende ser uma contribuição para a sociedade cabo-verdiana e principalmente área os profissionais da área de saúde. Pretende igualmente ser uma valia para qualidade de serviço nos hospitais públicos e privados, servir de

apoio as mães que estão a passar por situações de ansiedade e com dificuldades de superá-las.

Justificativa da escolha do tema

Sendo a mulher muitas vezes como a protagonista da casa, terá de lidar com todo dentro e fora de casa. Podemos constatar que na estrutura familiar, a mulher é considerada um elemento fundamental para o desenvolvimento do filho e da própria família. Com a modernidade a mulher passou a assumir responsabilidades para além das do eixo familiar. O que significa que, as preocupações diárias aumentaram e quando somar com a situação de doença ou hospitalização do filho, exigirá muita resiliência para ultrapassar esta fase. E muitas vezes, poderá adoecer mais do que o próprio filho, se não tiver tal capacidade tendo em conta que, o filho nas circunstâncias de doença normalmente procura o amparo na mãe.

Apesar da prevalência e importância do estudo sobre ansiedade, estes destacam mais as necessidades e dificuldades das crianças.

Outro aspeto muito considerado é o ambiente hospitalar. De acordo com o estudo realizado pela Unioeste (Universidade Estadual do Oeste do Paraná) em 2005, observou-se que, no ambiente hospitalar, há aspetos desencadeantes do sofrimento relacionados tanto com a estrutura física como também relacionados à organização do trabalho. (Costa, 2005).

Pois as poucas condições no ambiente hospitalar, o mau relacionamento com a equipa do hospital pode também ser um dos fatores desencadeador da ansiedade.

Nas literaturas existe uma lacuna nas pesquisas que foquem mais detalhadamente o contexto da mulher com filho hospitalizado. Porquanto, está registo de um número insignificante de pesquisa monográfica na nossa universidade sobre essa temática, e com destaque à maternidade, os estudos mostram uma certa deficiência em Cabo-verde. Portanto achamos pertinente o contributo da psicologia no estudo da ansiedade num momento de muitas tensões na vida da mulher/ mãe, na compreensão desta problemática, que estimularam e tornaram a nossa pesquisa relevante.

Apoiada nestas apreciações preliminares, surgiram algumas inquietações no intuito de melhor compreender que repercussões têm a ansiedade nas vivências das mães com filho hospitalizado: como é para estas mulheres ter um filho hospitalizado? Como desempenha o papel de mulher, possivelmente mãe de outros filhos e trabalhadora?

Como conseguem conciliar vida pessoal, familiar, social e demais atividades enquanto mãe de filho hospitalizado?

Partindo dos pressupostos delineamos a seguinte hipótese:

O papel das mães na família poderá ser prejudicado por causa da ansiedade durante a hospitalização do filho.

Principalmente no relacionamento interpessoal no hospital, na sua capacidade de resiliência ao processo de hospitalização do filho, no cumprimento do papel da mãe/mulher na família e no trabalho.

Diante de tais questões o presente estudo possui como objetivo:

Objetivo geral:

- Saber até que ponto a ansiedade afeta a vida da mãe no processo da hospitalização do filho;

Objetivos específicos:

- Identificar as principais dificuldades por que passam essas mães a nível económico, social e afetivo-emocional;
- Compreender o quotidiano das mães que estão com filhos hospitalizados;
- Demonstrar a importância do acompanhamento/apoio psicológico às mães durante a hospitalização do filho;

Estrutura do trabalho

O presente estudo enquadra-se em três capítulos. O primeiro aborda a base de compreensão da patologia ora estudada, porém estabelece o enquadramento teórico, buscando na literatura aspetos pertinentes as inquietações apresentadas.

O segundo capítulo assenta a metodologia do estudo, explicitando os métodos utilizados durante a pesquisa que testemunharam a cientificidade da investigação.

Finalmente o terceiro capítulo apresenta e discute os resultados fazendo concordância do método com a prática.

Como já evidenciamos, são poucos os estudos que abordam minuciosamente as experiências das mulheres com um filho hospitalizado em seus múltiplos papéis. Todavia este trabalho é fruto de compilação de muitos estudos e pesquisas já realizadas. Pois procura discutir as vivências das mulheres no contexto das relações sociais experienciadas no diário da sua vida.

Espera-se que a representatividade deste estudo sirva para brotar meditações sérias e favoreça atitudes que priorize o entendimento de necessidades e sentimentos por que passam essas mães.

Capítulo 1: Enquadramento teórico

1.1 Conceitos

O transtorno de ansiedade, é um objeto de interesse de muitos autores e tentaram construir um conceito, contudo devido a complexidade deste tema teve diferentes conceitos e interpretações.

Kemp (2005), conceitua ansiedade como, um estado afetivo dominado pelo sentimento de perigo iminente indeterminado, diante do qual o sujeito está em atitude de expectativa, convencido da sua impotência para se defender.

Segundo Henry Ey (1981) apud Camargo, (2004:138), o termo angustia é visto como um “ [...] distúrbio emocional experimentado como em face de um perigo iminente e a ansiedade é um estado afetivo mais geral”.

De acordo com o dicionário de psicologia (2001:67), ansiedade é emoção gerada pela antecipação de um perigo vago, de difícil previsão e controlo. Transforma-se em medo face a um perigo bem identificado. A ansiedade faz-se acompanhar por modificações fisiológicas e harmonias características de estado de ativação elevada, e muitas vezes, está associada ao comportamento de conservação-retirada ou a condutas de evitamento.

Conforme o dicionário de Michaelis (2008), a ansiedade é – an.si.e.da.de – sf (anxietate) 1 Aflição, angustia, ânsia. 2 Psico/ Atitude emotiva concernente ao futuro que se caracteriza por alternativas de medo e esperança; Medo vago adquirido especialmente

por generalização de estímulos. 3 Desejo ardente ou veemente. 4 Impaciência, sofrimento e sofreguidão.

Existem alguns autores que consideram ansiedade como experiência normal do ser humano.

Oliveira (1999) fez um estudo em neurofisiologia do comportamento e diferenciou a ansiedade normal da patológica. A ansiedade normal é uma reação necessária do organismo, tendo como finalidade protegê-lo ou criar reação a qualquer estímulo, ficando alerta e com atenção aumentada. Por outro lado, ansiedade patológica é quando ocorre de forma exacerbada e continua, o sujeito não consegue controlar-lhe, tornando-o incapacitado orgânica, psicológica, profissional e socialmente.

1.2 Perspetiva Etimológica, Histórica da ansiedade

Existem registos históricos desde antiguidade, que ansiedade faz parte da experiência humana. Desde antiguidade estiveram presentes os registos sobre ansiedade, mas com a globalização ansiedade despertou muito interesse e podemos considerar que encontra no seu auge.

Precino (1997), assegura que existem descrições clínicas daquilo que atualmente é conhecido como “ estados ansiosos” desde antes de nascimento de Jesus Cristo. No entanto só nos finais do século XIX a medicina elegeu como uma patologia.

Segundo Ballone (2009), desde as primeiras reflexões sobre a ansiedade, que se registam na Grécia clássica, a experiência subjetiva era sempre associada a sintomas corporais.

Na Antiguidade, na *Ilíada*, obra clássica do poeta Homero escrita por volta de ano VIII A.C., os estados de medo e ansiedade eram descritos como subsequentes da visita de deuses (Shorter, 1997).

A ansiedade, veio do Latim, “*anxietate*” que significa-aflição, angústia, medo, e receio. Na perspectiva de Pereira (1997), ansiedade tem origem no termo grego “*anshei*”, que significa “ estrangular, sufocar, oprimir”. O termo correlativo, angústia, origina-se do latim “*angor*” que significa “*opressão*” ou “falta de ar”, e “*angere*” que quer dizer “causar pânico”. Essas palavras latinas derivam da raiz germânica “*angh*”, indicando “*estreitamento*” ou “*constrição*”

Segundo o mesmo autor, todos esses termos se referem, metaforicamente, à experiência subjetiva característica da ansiedade.

Inicialmente encontramos a ansiedade vinculada aos estudos da neurose da corrente psicanalista de Freud, denominada de “neurose de ansiedade”, que reproduziu numa variedade de discussão no sentido de seus sintomas e suas causas, originando os diversos transtornos ansiosos que hoje são conhecidos.

A sua definição mais genérica apontaria para o seu caráter de “...estado afetivo... Com as correspondentes inervações de descarga” cuja origem se deveria “...a um determinado evento importante...”, o nascimento. Goldgrub (2010).

Portanto a ansiedade constituiria a reação afetiva correspondente à ativação do subsistema simpático (sistema nervoso autônomo), responsável pela configuração dos órgãos internos (coração, pulmões, glândulas supra-renais, baço, pâncreas...), de modo a preparar o organismo para a ação. Daí, partimos para a distinção entre ansiedade realística e neurótica, acrescentada por Freud. A primeira compreensível e a segunda enigmática, visto que a ansiedade ‘realística’ pareceria ter uma função adaptativa (preparar o organismo para o perigo) enquanto a segunda, pelo contrário, seriam inadequadas e prejudiciais. (Idem)

A “ansiedade realística” poderia ser mais adequadamente designada por “medo”, visto referir-se a um objeto (situação) identificado, enquanto a ansiedade propriamente dita se caracteriza pela indefinição do respetivo objeto e/ou situação. Logo o caráter aparentemente consciente do medo, em contraste com a motivação inconsciente da ansiedade. (Idem)

Entretanto, caberia lembrar que também o medo depende da interpretação; o mesmo estímulo (situação) provoca diferentes reações em diferentes pessoas.

De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM IV (1994), no ano de 1980 a ansiedade patológica passa a ser classificada e admitida como doença mental. Provocada por uma situação subjetiva de medo, insegurança, terror ou ainda, emoção desagradável, repercutindo tanto em manifestações corporais voluntárias e involuntárias, quanto em alterações biológicas e químicas. Inicialmente a literatura psiquiátrica considerava o conceito de Ansiedade ligado ao conceito de neurose, visto que, a neurose traz em sua trajetória uma diversidade de transtornos ansiosos.

Com o tempo, ocorreram consideráveis mudanças, na conceituação do sintoma da ansiedade, que agora patológica, conforme o DSM-IV (1994) passa a ser classificada como distúrbios de ansiedade (ansiedade generalizada pânico e distúrbio obsessivo-

compulsivo), fobia (agorafobia, social e simples), como também, distúrbios de estresse pós-traumático e distúrbio de ansiedade típica. No Brasil, o sistema classificatório vigente, chamado Classificação Internacional de Doenças, proposto pela Organização Mundial da Saúde - OMS (1993) – identifica tais transtornos ansiosos, de acordo com as manifestações de ansiedade, não conservando como princípio organizador superior o conceito de neurose, apenas agrupando os transtornos neuróticos relacionados a estresse devido à sua associação histórica. Iremos destacar as duas principais tipologias da ansiedade que reconhecemos ser mais importantes no nosso tema de pesquisa.

1.3 Classificação dos transtornos segundo DSM-IV (1994):

F93.0 - 309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação

A característica essencial do Transtorno de Ansiedade de Separação, é a ansiedade excessiva envolvendo o afastamento de casa ou de figuras importantes de vinculação. Esta ansiedade está além daquela esperada para o nível de desenvolvimento do indivíduo. Normalmente inicia-se na infância ou na adolescência, deve manter-se por um período de pelo menos 4 semanas, provoca um mal-estar clinicamente significativo no desenvolvimento social, escolar/laboral ou noutras áreas importantes na vida do sujeito.

O indivíduo com perturbação de ansiedade separação, quando estão separados de quem estão vinculadas, tem muitas vezes necessidades de saber onde estão e de estar em contato com estas pessoas, têm saudades e sentem-se infelizes, anseiam-se voltar para casa, fantasiam reencontros, ficam preocupados, com medo de que acidentes ou doença podem acontecer às pessoas a quem estão ligadas ou a eles próprios. As crianças com estas perturbações podem manifestar muito medo de estar sozinho ou fazer qualquer atividade longe da pessoa a quem esta vinculada.

Quando ocorre ou for antecipada a separação, são frequentes sintomas que muitas vezes podem ser submetidas a exames físicos como dores no estomago, náuseas, vômitos, cefaleia e sintomas cardiovasculares que se podem observar em pessoas mais velhas. A perturbação pode proceder o desenvolvimento de perturbação de pânico com

agorafobia, todavia, a co - morbilidade com outras perturbações de ansiedade podem ser comuns, especialmente em ambientes hospitalares.

Pode desenvolver-se depois de algumas situações de estresse por exemplo, doença na família, mudanças, etc. Esta perturbação tem tendência de proceder maior parte em famílias muito unidas e nos familiares biológicos do primeiro grau. Nalgumas culturas se atribui a estreita interdependência entre os membros da família. Em amostras epidemiológicas esta perturbação é mais frequente nas mulheres. Contudo tem uma prevalência de 4% nas crianças e adolescentes.

F41.1 - Ansiedade Generalizada

A característica essencial do Transtorno de Ansiedade Generalizada, é a ansiedade ou preocupação excessiva (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por um período de pelo menos 6 meses, acerca de diversos eventos ou atividades.

O indivíduo considera difícil controlar a preocupação. São acompanhadas de uma lista de sintomas que inclui agitação, fadiga fácil, dificuldade de concentração, tensão muscular, irritabilidade e sono perturbado. Os sujeitos podem ter ataque de pânico, preocupam-se frequentemente com circunstâncias diárias e rotineiras da vida, a intensidade, duração ou frequência da ansiedade e da preocupação são claramente desproporcionais a probabilidade de acontecimento temido.

Além dos fatores genéticos influenciam o risco da perturbação da ansiedade generalizada, podem estar intimamente ligadas com perturbação depressivo major. A sua evolução é crónica mas flutuante e frequentemente piora no período de estresse. Em amostras clínicas 50%-60%, que apresentam perturbação de ansiedade generalizada são mulheres.

Portanto podemos perceber que, o conceito da ansiedade passou por várias transformações ao longo da sua história no tempo, e conseqüentemente reproduziu em inúmeras descrições que hoje explicam essa patologia e procura uma alternativa de superação frente a esse estado emocional. Contudo de acordo com DSM (1994), as mulheres são as mais afetadas pelos transtornos de ansiedade.

1.4 Etiologia da ansiedade

Assim como foi difícil conceituar a ansiedade do mesmo modo foi a descoberta da sua causa. No entanto houve pesquisadores que de maneira incansável procuram os detalhes que constituem esta patologia. Conforme o estudo de Barbosa, et al. (2011), a causa da ansiedade não é muito clara para a ciência. No entanto, parece que fatores biológicos e fisiológicos estão implicados em sua origem. Há dados correlacionados de disfunções em ¹aminas biológicas e alterações de funcionamento de áreas cerebrais em doenças como a depressão e o transtorno de pânico.

Atualmente, a perspectiva biológica implica em encaixar a ansiedade no paradigma evolucionária. Segundo o conhecido filósofo da ciência, Thomas S. Kuhn, isto une a visão de mundo dos biólogos contemporâneos. Charles Darwin, em sua obra *The Expression of Emotion in Man and in Animals*, publicada em 1872, disponibilizou pela busca do valor adaptativo dos processos comportamentais e psicológicos. Nesta direção, ele fez o estudo das reações de defesa dos animais, verificadas em resposta a perigos comumente encontrados no meio ambiente. Assim, quando um animal era confrontado com ameaça ao bem-estar, à integridade física ou à própria sobrevivência, ele apresentava um conjunto de respostas comportamentais e neurovegetativas, que caracterizam a reação de medo. A ameaça pode ser representada por estímulo inato, como predador ou agressor da mesma espécie, ou por estímulos aprendidos, que por associação repetida com a dor ou outras sensações desagradáveis adquirem propriedades aversivas condicionadas. Em circunstâncias onde o perigo é apenas potencial, havendo, portanto, componente de incerteza, teríamos a ansiedade propriamente dita. Conclui-se que o ser humano também apresenta reações semelhantes diante de situações de perigo. Estas, como sabemos pela introspecção, são acompanhadas de experiência subjetiva desagradável.

A interpretação de um estímulo ou situação como sendo perigosa, depende de operações de natureza cognitiva. Mesmo nos animais destituídos de linguagem, a capacidade de processar estímulos e contextos físicos, e de compará-los com expectativas formadas a partir de informações arquivadas na memória, considerando os planos de ação

¹ As aminas são uma classe de compostos químicos orgânicos nitrogenados derivados do amoníaco (NH₃) e que resultam da substituição parcial ou total dos hidrogênios da molécula por grupos hidrocarbônicos-frequentemente abreviados pela letra R.

organizados pelo animal, são fundamentais para a detecção do perigo e a avaliação de sua intensidade e iminência. Também na escolha da estratégia de defesa a ser adotada, bem como no controle de sua execução, intervêm operações cognitivas, correspondente a ilustração da Figura 1. Elaborada pela pesquisadora inglesa Sheila Handley (1984).

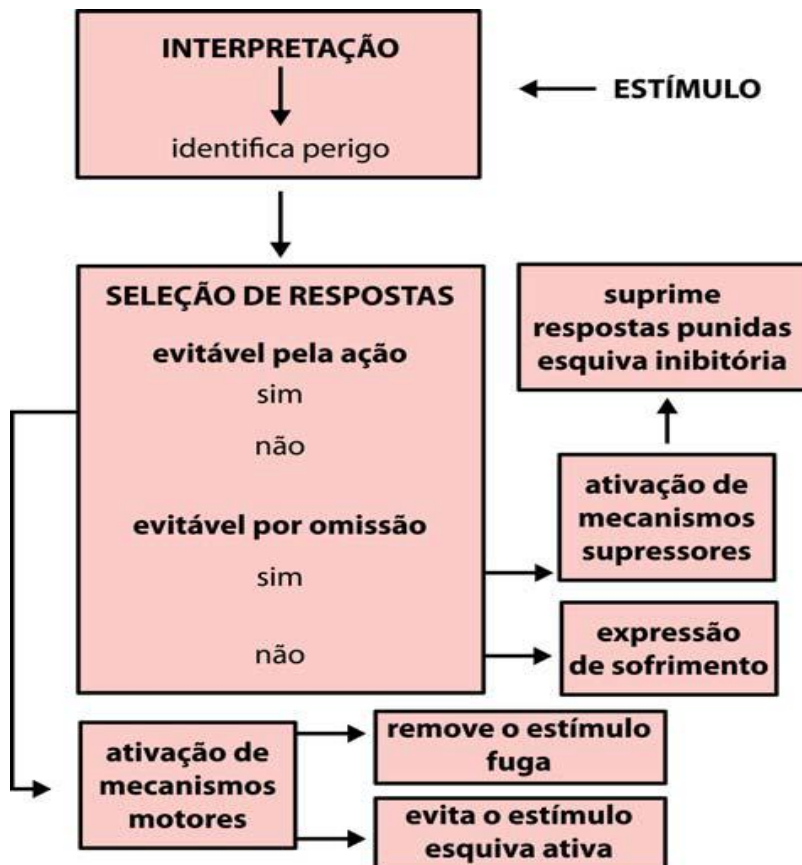


Figura 1. Processos envolvidos nas reações à ameaça.

Fonte: adaptada de Sheila Handley (1984).

Conforme, a experiência citada acima com os animais, podemos aprender diferentes estratégias para fugir ou evitar estímulos ou situações perigosas.

Portanto, devido à intervenção de sistemas de símbolos socialmente codificados, de natureza verbal ou não-verbal no ser humano, fatores cognitivos adquirem importância muito maior. Assim, as causas mais comuns de ansiedade no ser humano deixam de ser as ameaças a que nos referimos anteriormente, para se situarem em plano mais abstrato e complexo, onde predominam fatores socioculturais.

Noyes *et al* (1990), realizou um estudo em Estados Unidos, sobre transtorno de ansiedade que indicam a presença de fatores genéticos. O trabalho encontrou-se um risco mórbido de 18% para ansiedade neurótica em parentes de pacientes ansiosos, contra 3% nos parentes do grupo controle. Por outro lado, o caráter familiar dos transtornos de ansiedade está bem estabelecido, sendo o risco de morbidade para os transtornos de ansiedade, como um todo, significativamente maior em parentes de primeiro grau de pacientes ansiosos, que em parentes de pessoas não-ansiosas.

Naturalmente, apenas estudos dessa natureza não comprovam a existência de fator genético. Pois as diferenças assinaladas podem ser devidas à fatores ambientais comuns, partilhados no seio da família. Daí a importância de estudos que comparam gêmeos monozigóticos, possuindo 100% dos genes em comum, com dizigóticos, que compartilham em média 50% deles. Assim, estudo sueco recente de Allgulander (2007), verificou que 68% dos pacientes com ²eritrofobia tinham parentes com o mesmo transtorno. O valor decaía para 25% na fobia ao dentista. Estudos com gêmeos também evidenciam grau mais acentuado de hereditabilidade nas fobias sociais, relativas à natureza, animais e hospitais, médicos ou sangue, do que no medo de separação e na agorafobia.

Todos esses fatos poderiam nos levar a considerar que os fatores ambientais são vãos, mas muito pelo contrário, Beck (1997), comprovou que a terapia cognitiva comportamental é um dos tratamentos mais eficaz, que recorre a exposição a objetos causadores de ansiedade.

No caso da ansiedade generalizada, fatores ambientais parecem ser predominantes. Por exemplo, um estudo Michael Bauer (2002) revelou incidência desse transtorno em 20% dos parentes de primeiro grau de pacientes ansiosos, contra 4% nos parentes dos não-ansiosos. Porém, outro estudo de Valente *et al* (2008), em irmãos gêmeos, mostra praticamente a mesma frequência entre pares de gêmeos monozigóticos (17%) e dizigóticos (20%). Por outro lado, foi encontrada ocorrência muito maior de experiências traumáticas durante a infância, no seio de família, em ³probandos com transtorno de ansiedade generalizada, quando comparados com probandos portadores de transtorno de pânico.

² Eritrofobia medo ou aversão mórbida de ruborizar-se ou manifestação neurótica por ruborização pelo mais insignificante motivo.

Portanto, pode-se concluir que na gênese dos transtornos de ansiedade, verifica-se uma complexa interação entre fatores genéticos e ambientais, incluindo os de natureza sociocultural.

1.5 Ansiedade e Vulnerabilidade feminina

A ansiedade tem sido demonstrada ao longo da sua evolução como a patologia mais frequente ao longo da vida de uma mulher.

Os dados das pesquisas anteriores sugerem que os fatores genéticos, em contraste com os ambientais, podem desempenhar um papel no desenvolvimento dos transtornos de ansiedade.

Kinrys e wingant (2005) analisaram os dados de pesquisa epidemiológica na população geral dos EUA que revelaram que os hormônios sexuais femininos e seus ciclos podem influenciar o desenvolvimento, curso e desfecho de transtornos de ansiedade em mulheres.

As pesquisas confirmam que as mulheres por si só, tem maior vulnerabilidade para ansiedade do que os homens.

Atualmente, há uma crescente ênfase aos estudos gênero-específicos. A influência hormonal no humor e no comportamento do sexo feminino é relevante, não pela dosagem hormonal em si, mas pela vulnerabilidade de um subgrupo de mulheres às oscilações hormonais em períodos críticos do ciclo reprodutivo como o pré-menstrual, o pós-parto e a peri menopausa. Os riscos de transtornos psíquicos nesses períodos são mais significativos, aumentadas as chances de forma considerável. É o que a Psicologia denomina de "janela de vulnerabilidade". Nestes períodos, as mulheres estariam mais vulneráveis aos transtornos do humor, podendo haver agravamento dos transtornos pré-existent e também o surgimento de novas doenças. (Bloch et.al, 2003).

Na discussão de Kinrys e wingant (2005) dos dados das várias amostras epidemiológicas apontaram que, as mulheres têm duas vezes maior probabilidade de preencher critérios para ansiedade generalizada, transtorno de pânico e transtorno de

³ Probando é um termo usado em genética médica e noutros campos da medicina para designar um

estresse pós traumático do que homens ao longo da vida. Apesar de ainda não se compreender qual a causa que leva a mulher a ter maior risco de desenvolver transtorno de ansiedade ao longo da vida. Finalmente enunciaram os achados recentes de estudos de neuroimagem que sugerem que o córtex anterior do ⁴giro do cíngulo é possivelmente maior e mais ativo entre as mulheres e com altas respostas ao medo e altos escore de evitação de danos em comparação a homens com características semelhantes. Confirmou ainda que esses achados não tenham sido estudados em nenhum transtorno de ansiedade específico e sejam resultados preliminares, eles podem explicar, em parte, a maior suscetibilidade de mulheres aos transtornos de ansiedade.

Tornou-se mais interessante ainda a pesquisa quando demonstrou as diferenças de géneros entre cada um desses transtornos.

Pois, a viabilidade das mulheres são significativamente maior do que os homens de desenvolver transtorno do pânico-TP (7,7% x 2,9%), transtorno de ansiedade generalizada-TAG, (6% x 3%) ou transtorno de estresse pós traumático -TEPT (12,5% x 6,2%) ao longo da vida.

Mesmo que de forma menos acentuada, esses estudos também apontam uma diferença em termos de género no risco de desenvolver transtorno obsessivo compulsivo-TOC durante a vida (3,1% nas mulheres x 2,0% nos homens) e fobia social-FS (15,5% nas mulheres x 11,1% nos homens). (Idem)

Fioravanti et al. (2006) constataram importantes diferenças entre género nas escalas de traço e estado do inventário de Ansiedade Traço e Estado (IDATE). Pois as mulheres apresentaram scores significativamente maiores em relação aos homens tanto no traço como no estado de ansiedade.

No artigo de Andrade et al (2006), as autoras sintetizam a epidemiologia dos transtornos psíquicos gerais com ocorrência significativamente maior entre mulheres (transtornos depressivos, de ansiedade e alimentares) e os transtornos associados ao aparelho reprodutivo feminino (disformia pré-menstrual, transtornos associados ao puerpério, como maternity blues e depressão pós-parto, e transtornos mentais associados à perimenopausa e menopausa). O que mais chama atenção no trabalho das autoras é que, ainda que a epidemiologia psiquiátrica da mulher se organize em categorias

indivíduo particular (pessoa ou animal) que estiver sendo estudado ou reportado na literatura científica.

⁴ O giro do cíngulo é um giro na porção medial do cérebro. Recebe informações do núcleo anterior do tálamo e do neocórtex, assim como das áreas somatossensoriais do córtex cerebral.

fundamentalmente relacionadas ao corpo feminino, a maior parte desses transtornos associados não encontram explicações de ordem fisiológica suficientes.

Os transtornos de ansiedade, parecem ocorrer com maior frequência em mulheres em parte por associação de uma maior vulnerabilidade biológica e em parte por sua maior susceptibilidade a eventos estressantes na infância e adolescência, que, associada à percepção de que seus comportamentos causam pouco impacto no ambiente, provocam um sentimento de descontrole e consequente desenvolvimento de padrões pessimistas desadaptativos de avaliação da realidade. Os transtornos no puérpio parecem ter seus maiores fatores de risco em história pregressa de depressão, presença de sintomas depressivos na gravidez e história familiar de transtornos do humor e de ansiedade. As autoras encerram o artigo sublinhando que um grande fator de risco para o desenvolvimento de transtornos psicopatológicos entre mulheres, não é qualquer característica orgânica de seu corpo, mas experiências de violência (Idem).

Em todos os estudos por nós pesquisados, a mulher foi demonstrada como a mais afetada pela ansiedade, não só pelos fatores biológicos, mas também ambientais e psicológicos. Portanto podemos constatar que as mulheres foram identificadas ao longo do seu percurso vital, como a principal “vitima” da ansiedade pelos incalculáveis fatores que surgem no seu ciclo vital desde da infância, adolescência até a fase adulta em paralelo com as mudanças sociais e econômicas que implicaram novas posições das mulheres dentro da família e da sociedade. O que contribui para aumentar os seus papéis, consequentemente stresse e procura de melhores maneiras de enfrentar essas mudanças.

1.6 Relação mãe-filho hospitalizado

1.6.1 Conceito de maternidade/ mãe

A maternidade é muitas vezes associada a gravidez, ou seja, basta estar grávida para ser reconhecida como “mãe”.

De acordo com Canavarro (2001) a maternidade é um processo que ultrapassa a gravidez. É um projeto ao longo prazo, quase que nos atreveríamos a dizer um projeto por toda vida. Embora a maternidade assuma uma maior visibilidade nos primeiros anos da criança, dada a necessidade de prestação de um grande número de cuidados para seu crescimento harmonioso, a dádiva de amor, interesse, partilha e responsabilidade permanece.

Ser mãe é ser agente de continuidade entre as gerações mas é também ser simultaneamente capaz de assegurar a descontinuidade, os limites e as diferenças entre as mesmas gerações. Ter filhos é transmitir heranças diversas, desde genética, às de costumes, valores e significados mas é igualmente, num contexto de intimidade, aceitar a diferença da individualidade. Canavarro (2001:17).

Canavarro (2001), demonstra nitidamente o quanto é paradoxal o conceito da maternidade. Ela, “a mãe” como responsável pelo crescimento e desenvolvimento do filho ao mesmo tempo é responsabilizada pela falta deste, ao longo do percurso vital do filho. Pois é de admitir que é uma experiência única, que cada mulher pode vivenciar.

Mascoli (1990), diz que ter um filho, principalmente pela primeira vez, é um dos acontecimentos de vida mais importantes na vida de uma mulher e representa um desafio a sua maturidade psicológica e responsabilidade, a sua estabilidade emocional e a sua estrutura de personalidade.

A maternidade representa um processo transição que marca uma nova fase na vida da mulher, envolvendo uma mudança de identidade e uma nova definição do papel. A gestante para além de filha passa a ser mãe. Contudo, quando a vida começa de forma diferente, o processo de transição torna frágil necessitando de cuidados tanto para o bebé quanto pela mãe. (Marson, 2008).

Como dizia Souza, (2005) compreender o comportamento humano requer saber porque as pessoas estabelecem vínculos. Freud entendia que a formação dos vínculos afetivos se dá pela necessidade de satisfação dos impulsos primários, ou seja, alimentação e sexo. No entanto ela foi aprofundada com os estudos de Bowlby (1962),

Winnicott (1999), e outros autores, aqui não mencionados, que investigaram a maternidade dando ênfase na interação mãe-bebê. A constituição da mãe na posição materna através da herança transgeracional, segundo Klein (1975), revela quando uma criança brinca com uma boneca, estimula, desenvolve e intensifica seu amor como mãe, desde já preparando para sua futura posição de mãe. Logo, amor materno é um processo progressivo que vai se desenvolvendo da infância até idade adulta e cria um filho imaginário até se deparar com o real. Maldonado (2001) confirma que no convívio diário com o bebê, a mãe construirá o amor de modo gradativo, não havendo amor ideal mitificado por muitos.

De acordo com os resultados de estudo realizado pelo hospital universitário do Rio grande do sul, Brasil Guidolin, *et al* (2011), apresentou seguintes dados: numa amostra de 140 mães que encontravam com seus filhos hospitalizados, cerca de 79,2 % possuíam sintomas de ansiedade. Em um estudo brasileiro, observou-se prevalência de 44,8% de ansiedade materna em uma amostra de mães atendidas em clínica privada. Maiores condições econômicas e maior faixa etária da mulher diminuíram o risco de ansiedade materna, ao passo que maior número de filhos aumentou esse risco. Nesse estudo, também foram observados pontos, sendo acrescentado que, quanto menor a escolaridade da mãe, maior o risco de ela desenvolver ansiedade materna.

A ansiedade materna foi avaliada, ainda, a partir do relato sobre a experiência materna relacionada à separação de seus bebês a termo, quando hospitalizados em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) neonatal.

Em relação aos resultados dos relatos obtidos, durante a hospitalização dos bebês, as mães expressaram sentir ansiedade devido à possibilidade de a separação precoce decorrente da internação prejudicar o bebê.

A figura materna desde muito cedo é estabelecida com uma relação íntima e única que só a criança e a mãe pode experienciar. Por algum motivo quando é privada essa relação, pode acarretar consequências desagradáveis nessa relação, principalmente pelo desenvolvimento da criança.

1.6.2 Desenvolvimento infantil, papel materno e o apego mãe e filho

Após o nascimento as relações mais íntimas da mãe com seu bebê, são as atividades de cuidados, como a alimentação da criança através do aleitamento materno, banho momento em que a criança revive o período intra-uterino, visto que permaneceu os nove meses imerso em meio líquido. Esse é um momento em que a criança pode ser acariciada, tomar conhecimento do próprio corpo e sentir-se segura e pertencente a alguém.

Além desses cuidados, ações como, afagar, cantar ou falar com o bebê estabelecem uma relação íntima entre mãe e filho. Desta forma o recém nascido precisa de sensações semelhantes às do período gestacional para que aos poucos possa se adaptar ao novo meio.

Por isso a mãe é um suporte físico e emocional para o bebê, pois os estímulos visuais, tácteis e auditivos, fornecidos durante o cuidado, desempenham um importante papel no desenvolvimento da cognição na criança.

Dessa forma a presença da mãe ou alguém que a substitua, durante a infância é imprescindível levando em consideração que fornece segurança e confiança ao bebê. Essa confiança básica desenvolve-se com a percepção da criança de que suas necessidades urgentes são atendidas regularmente. A tensão gerada pela fome, desconforto ou dor, é dissipada em função dos cuidados da mãe ou responsável, isso faz com que a criança crie uma estabilidade emocional através do sentimento de segurança e proteção.

"A capacidade da criança de usar o genitor como uma base segura para exploração depende da qualidade da ligação". (Berhrman, 2002).

A tensão gerada pela espera, ameaça a estabilidade do organismo do bebê, que ainda não tem maturidade nervosa suficiente para esperar. Por isso nos primeiros meses o bebê não deve sofrer restrições, evitando uma exagerada tensão que pode resultar em perturbações do comportamento.

"Quanto mais forem atendidas as necessidades básicas da criança, tanto mais positivo será o ego e sua emotividade. Não basta cuidar, fazer coisas; é preciso falar, tocar, acariciar, estimular". (Schmitz,2005).

Após esse período que compreende os primeiros meses de vida, por volta dos 2 a 6 meses, a criança passa a manifestar sorrisos voluntários, isso promove a satisfação dos pais que sentem uma retribuição do carinho e amor.

Conforme relata Behrmam et al (2002), lactentes de 4 meses são descritos como "Desabrochando socialmente", interessando-se por um mundo maior. O lactente apresenta uma mudança qualitativa em seu desenvolvimento, passando a ser mais observador em relação ao meio externo.

A partir desta fase passa a haver maior entrosamento entre mãe e filho, quando a mesma percebe que pode ser observada e de certo modo compreendida pelo bebê.

Neste contexto pode-se constatar que através dos cuidados que a mãe oferece ao bebê, e conseqüentemente a gratidão que isso lhe trás em função das demonstrações de afeto da criança para com ela e seu conforto e bem estar, surge o apego mãe e filho.

A interação entre mãe e filho é um sistema aberto, capaz de transformação e reorganização dinâmica. As pré-disposições são as garantias de sobrevivência física. São também predisposições para o desenvolvimento de um sistema de adaptação, integração e desenvolvimento do indivíduo na realidade social, meio natural da espécie humana. (Branco,1987).

Segundo Bowlby *apud* Motta et al (2002) o sistema de apego, do ponto de vista evolucionista, aumenta as chances do bebê sobreviver, permitindo ao cérebro imaturo usar o funcionamento maduro dos pais, para atender suas necessidades vitais. O vínculo materno adequado é crucial para o desenvolvimento do sistema de apego seguro, ao mesmo tempo em que, para ocorrer desta maneira, esse vínculo deverá ser alimentado pelo comportamento responsivo do bebê. O apego seguro do bebê com sua mãe promove um bem-estar no bebê, tanto dele com ele mesmo quanto em relação à confiança básica nos adultos, enquanto o apego inseguro está relacionado a um aumento de ansiedade.

Porém, muitas mães apresentam sentimento maternal pequeno até que seus filhos amadureçam ao ponto de poder interagir com elas por meio de respostas vocais e faciais. As reações da criança (a sucção, dependência, procura, choro, sorriso etc.) estimulam as relações mãe e filho e contribuem para tornar específicos e pessoais sentimentos gerais de afeição.

1.6.3 A privação materna

Depois da II Guerra Mundial, com a devastação de muitas cidades da Europa, houve a grande necessidade de reestruturação das cidades destruídas pelo conflito. Foram criados infantários para que as mulheres pudessem ter seus filhos e ao mesmo tempo ficassem livres para trabalhar na reconstrução da Europa. Entretanto, entre os estudiosos e profissionais de saúde havia o receio em relação às consequências desastrosas que a separação da mãe poderia acarretar ao desenvolvimento da personalidade da criança. Diante disso, a Organização Mundial da Saúde, intercedeu através de um estudo feito pelo psicanalista inglês John Bowlby, que é até hoje um dos mais conhecidos teóricos da área. Seu trabalho, publicado em 1951, enfatizou as consequências devastadoras da separação da criança com a mãe e o desenvolvimento infantil nos infantários institucionais e hospitais. (Bowlby, 1962).

A partir dos dados do estudo, Bowlby constatou que uma criança para desenvolver-se naturalmente necessita nos primeiros anos de vida de uma relação contínua e íntima com sua mãe ou mãe substituta permanente. Porém a ênfase se dá na continuidade desta relação com uma pessoa, sugerindo que deveria ser evitado o cuidado materno compartilhado ou múltiplo para crianças menores de três anos.

Winnicott (1994) torna evidente que a díade mãe-bebê é uma união importante para a construção da vida psíquica do ser humano. A mãe tem responsabilidade de dar proteção ambiental ao filho, cuidados estes, que foram chamados de “preocupação materna primária”, que permite a formação de vínculo afetivo numa etapa de dependência total.

Para Freud apud Bowlby (1993), a situação que se deve evitar a todo custo, não é tanto a da perda afetiva, mas a do intenso traumatismo do ego provocado pela perda. A situação traumática a ser evitada, é a ruptura do estado emocional do indivíduo. No caso da criança, a causa de insegurança é, acima de tudo, a ausência da mãe ou a separação da mãe no momento em que a criança mais necessita de cuidado e proteção.

Posteriormente, outros teóricos estudaram a cerca deste assunto, como Vigostky entre outros da perspectiva desenvolvimental.

Hoje há muitos estudos sobre as consequências psicológicas, da criança que sofre de privação materna, consistindo na maioria dos casos em experiências traumáticas e que acarretam em prejuízos no seu desenvolvimento bio-psico-social.

1.6.4 Consequências da privação materna

Segundo Motta et al.(2005) *Apud* Bowlby (1995), privação materna é a situação na qual uma criança não encontra uma relação calorosa, íntima e continua com a mãe natural ou mãe substituta. Os efeitos perniciosos da privação, variam de acordo com o grau da mesma, por isso quanto mais cedo ocorrer esta privação seja ela total ou parcial, maior será a probabilidade de danos irreparáveis na criança.

Dessa forma, Schmitz (2005) *apud* Lebovici (1963), a criança que sofreu privação materna precoce pode ser acometida por transtornos do ego como profundo masoquismo, dependência excessiva e caráter delitivo e estado depressivos do adulto. Além disso, pode apresentar forte tendência á relações sexuais promíscuas e furtos.

Sendo assim, a privação parcial traz consigo a angústia, uma exagerada necessidade de amor, fortes sentimentos de vingança e, em consequência, culpa e depressão, resultando em distúrbios nervosos e numa personalidade instável. Por outro lado, a privação total tem efeitos maiores sobre o desenvolvimento da personalidade e pode mutilar totalmente a capacidade de estabelecer relações com outras pessoas. Pode-se observar como efeitos negativos desta privação, o retardo mental, atraso no desenvolvimento da linguagem, incapacidade de relacionamento adotando um caráter anti-social, além de distúrbios regressivos e delinquência.

Segundo o artigo sobre apego mãe e filho da revista Latino-americana de enfermagem de (outubro 1998), várias formas de neuroses e desordens de caráter, sobretudo psicopatias, podem ser atribuídas, seja a privação do cuidado materno, seja a descontinuidade na relação da criança com a figura materna durante os primeiros anos de vida.

Também constatou-se que as crianças que sofrem privação materna na primeira infância, apresentam um atraso na construção da personalidade, agindo com comportamento impulsivo e descontrolado, sendo incapazes de terem objetivos a longo prazo, porque são vítimas de caprichos momentâneos sem possibilidade de aprenderem.

Essa impossibilidade é decorrente da dificuldade de desenvolverem o raciocínio abstrato, resultando em imaturidade provocando uma atitude hostil, manifestada através de birras, isso seria uma forma da criança liberar sua raiva e violência diante de tal situação, gerando graves conflitos íntimos, angústia, depressão e um obstáculo à sua aprendizagem social futura. As ligações são calorosas mas, superficiais com qualquer adulto que se aproxime, havendo uma excessiva solicitação da mãe, intensa possessividade, insistência em ter as coisas à sua maneira, ciúmes extremo, acessos de raiva. Pode apresentar reação hostil à mãe ao reunir-se novamente a ela, que por vezes toma a forma de recusa em reconhecê-la, na maioria das vezes após essa experiência de privação, a criança reluta em entregar novamente seus sentimentos a alguém, para evitar ser novamente ferida.

Por isso durante a infância, principalmente entre 3 a 6 meses, é necessário que o bebê veja sua mãe e ouça sua voz frequentemente, para ter a sensação de proteção e para não se sentir abandonado. Essa necessidade de ter a presença da mãe, diminui por volta dos seis meses, momento em que a criança adquire certo grau de independência, realizando movimentos corporais como: estender os braços, agarrar, sentar e colocar a mão na boca entre outros; desta forma tolera breves períodos de ausência da mãe. O autor Motta et al.(2005), descreve as experiências relatadas por Bowlby (1951), onde constatou-se que os bebês que sofrem privação materna prolongada, podem deixar de sorrir para um rosto humano ou de reagir quando são estimulados, ficando inapetentes ou, apesar de serem bem nutridos, não há ganho de peso. Apresentam uma má qualidade do sono e, além disso, estão mais susceptíveis à infecções. No caso de uma criança que durante um ou dois anos teve uma relação com a mãe e depois sofreu privação, é comum que capacidades já adquiridas sejam perdidas.

Segundo Motta, et al (2005), em um estudo foram avaliadas crianças que viveram em orfanatos na Romênia durante a maior parte de suas vidas, tendo sido extremamente negligenciadas nesse período. As consequências mais frequentes dessa privação, eram mutismo, face sem expressão, retraimento social e movimentos estereotipados bizarros. Essas crianças, com idades entre 2 a 9 meses, foram separadas em dois grupos: um controle e um que recebeu estímulo físico e psicológico por 1 ano e 3 meses. Os resultados demonstraram que as crianças que haviam recebido estimulação apresentaram crescimento físico e desenvolvimento mental e motor significativamente

acelerado quando comparado ao grupo controle. No entanto, após 5-6 meses de término do programa, elas não tinham nenhum desses índices superiores aos do grupo controle.

Essa separação no decorrer do segundo e terceiro anos de vida, apresenta reação emocional igualmente séria e, além disso, as mães substitutas podem ser completamente rejeitadas, ficando a criança inconsolável por vários dias, num estado de desespero e agitação. Recusa tanto o alimento como a ajuda; apenas a exaustão a leva ao sono. Depois de alguns dias, a criança fica mais quieta e pode cair em apatia. A privação, após a idade de três ou quatro anos, ou seja, na terceira infância não tem os mesmos efeitos destrutivos sobre o desenvolvimento.

Conclui-se que o vínculo é um componente vital, não só para o desenvolvimento na infância mas serve para lhe ajudar nos relacionamentos durante toda sua vida. Tendo sua raiz no desejo da mulher em ser mãe, traz ganhos imensuráveis pela satisfação emocional da mulher. Pois tanto a mãe como filho, conquista o amor recíproco um do outro. A satisfação da mãe, a segurança do filho, proporciona possibilidades de boas condições do filho e conseqüentemente a configuração da maternidade será bem-sucedida.

1.7 Ambiente hospitalar como fator de ansiedade

O hospital é muitas vezes vista como um lugar de sofrimento, amargura e morte ao mesmo tempo como lugar de cura e restauração.

No hospital, o próprio contexto hospitalar pode desencadear sofrimento psíquico.

Segundo Pinto (2009) a hospitalização gera situação de crise envolvendo a criança doente e sua família, caracterizada por inúmeros fatores tais como: descontinuidade na satisfação das necessidades biológicas, psicológicas e sociais entre os membros da família; mudança no padrão do papel desempenhado pelos genitores, aumento no grau de dependência da criança doente, especialmente em relação à mãe; aparecimento de sentimento de culpa, ansiedade e depressão na família.

No caso da hospitalização, é consenso que ela provoca no indivíduo uma ruptura com o seu ambiente habitual, modificando os costumes do paciente, seus hábitos, sua capacidade de auto-realização e de cuidado pessoal. (A. Souza et al.,2005).

Logo, é natural que o paciente, ao ser hospitalizado, sofra um processo de despersonalização. Ele deixa de ter seu próprio nome e passa a ser um número de leito ou, então, alguém portador de uma determinada patologia. Além disso, ela também se apresenta como resultado de determinadas práticas, consideradas agressivas, pela maneira como são conduzidas dentro do âmbito hospitalar através de uma atenção, não raro, desumanizada. Tudo passa a ser invasivo e abusivo para ao paciente e as atitudes de alguns profissionais que acabam contribuindo para o aumento da ansiedade, tornando o processo de hospitalização ainda mais penoso e difícil de ser vivido, e até mesmo prejudicando o equilíbrio orgânico. (Angerami-Camon *et al*, 2003).

Barbosa & Costa (2008) lembram que a hospitalização é um acontecimento que não é desejado nem planejado por ninguém, e traz consigo características estressantes, sendo reconhecido como algo ameaçador. Nesse ambiente, o paciente se depara com um universo de ameaças, internas e externas, que faz com que ele precise encontrar estratégias para enfrentar o problema.

Barbosa & Radomile (2006) salientam outros aspetos também impostos como ameaçadores no hospital: a convivência com o ambiente de doença, de dor e de morte; a separação de seus familiares e a quebra de sua rotina, acompanhadas das consequências que isso pode acarretar na esfera afetiva, social, laboral e económica; a exposição de sua intimidade a estranhos;

O ultimato à sua integridade física; a perda de seus referenciais conhecidos; dentre outros.

Para Monticelli, (2004) a realidade clínica do alojamento conjunto pediátrico apresenta-se como uma dimensão social e simbólica, na qual estão relacionadas às famílias e a equipe profissional. As interações doença/família vêm sendo cada vez mais estudadas, e mudanças são observadas nas práticas de saúde.

No hospital os pais podem ter dificuldade de saber como agir para atender às necessidades físico-psico emocionais de seu filho, que está doente e num ambiente que tem situações e regras próprias. A indecisão, a insegurança e a ansiedade levam os pais a mudar de comportamento, o que é percebido pela criança, que busca sua segurança no padrão de cuidados ao qual está acostumada. Ora, o papel que os pais desempenham é vital para o ajustamento social e psicológico da criança durante a hospitalização, seja qual for a sua idade.

Normalmente, a atenção da equipe assistencial hospitalar se volta para a criança. As necessidades e problemas da família são esquecidas ou tem atenção secundária, a despeito do fato de que a relação dos pais e filhos define e dirige o nível de tensão emocional da criança.(Oliveira, 1999).

Quando falamos de hospitalização da criança, implica falar da hospitalização da mãe, especialmente quando se trata de um bebê. Pois é ela quem acompanha e vivencia todos os momentos do filho dentro do hospital. Tem que aprender a lidar com situações de alojamento, relacionamento com os funcionários do hospital (médicos, enfermeiros, serventes, entre outros). Dentro do hospital para além de conviver com todas as questões que foram demonstradas nos estudos acima enunciados, as mães, neste caso, estariam sujeitas a conviver muitas vezes com o estresse dos próprios funcionários, muitas vezes proporcionadas pelo ambiente hospitalar.

Bennet (2000) considera que o internamento hospitalar é geralmente considerado uma experiência estressante, que se inicia pelo aparecimento dos primeiros sintomas que não se podem ser tratados em casa ou devidos a necessidades de exames ou tratamentos especializados. Esta situação encerra não apenas uma ameaça potencial à saúde, mas também sobre as incertezas dos tratamentos, dor e desconfortos associados que implica o afastamento do lar, a perda do controle das funções quotidianas e da privacidade e a dependência dos terceiros. Também realça que, as reações da hospitalização são complexas, porquanto, entrar no sistema hospitalar é um processo de socialização: adota-se o papel do paciente. Portanto os profissionais de saúde esperam dos pacientes a cooperação e do mesmo modo os pacientes acreditam que os médicos esperam que eles sejam cooperantes, contudo, eles não sejam exigentes.

Assim encerramos, esta reflexão certos de que uma variedade de fatores podem influenciar a experiência da mãe no ambiente hospitalar. Entre eles incluem fatores descritos pelo Bennet (2000), como tipo de edifício, a sua arquitetura a possibilidade de permanência dos pais no hospital, a experiência ou conhecimentos anteriores da hospitalização, os fatores associados tanto aos pais como às crianças. Conforme já vimos é um processo que obriga as mães e filhos a se adaptarem dentro de um ambiente muitas vezes desconhecidos, atuando como fonte de medo e preocupações.

1.8 Contributos da terapia cognitivo-comportamental na cura da ansiedade

A terapia cognitiva foi desenvolvida por Aaron T. Beck, na Universidade da Pensilvânia no início da década de 60, como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, para depressão, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais. A terapia cognitiva foi extensamente testada desde publicação do primeiro estudo de resultado, no ano de 1977. Estes estudos que, demonstraram sua eficácia no tratamento de transtorno de ansiedade e outros transtornos psicológicos. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi desenvolvida, aprimorada e aprofundada na Europa e nos Estados Unidos nos últimos vinte anos. É caracterizada por ser muito bem estruturada, orientada ao momento presente, direcionada à resolução de problemas atuais e à modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais. Achados clínicos conduzidos através de vários estudos muito bem controlados, apoiam a eficácia desta forma de tratamento. Atualmente esta forma de psicoterapia vem se impondo como o principal e mais eficaz tratamento psicológico para os transtornos emocionais. (Beck, 1997).

Rangé proferiu que:

“Psicoterapia cognitivo-comportamental, é uma prática de ajuda psicológica que se baseia em uma ciência e uma filosofia do comportamento caracterizada por uma concepção naturalista e determinista do comportamento humano, pela adesão a um empirismo e a uma metodologia experimental como suporte do conhecimento e por uma atitude pragmática quanto aos problemas psicológicos” (Rangé, 2001:35).

A Terapia cognitiva, no pensamento de Rangé (2001), é uma abordagem ativa, diretiva e estruturada, de prazo limitado, orientada para o problema, caracterizada pela aplicação de uma variedade de procedimentos clínicos como introspeção, insight, teste de realidade e aprendizagem visando aperfeiçoar discriminações e corrigir concepções equivocadas que se supõe basear em comportamentos, sentimentos e atitudes perturbadas. Na terapia cognitiva, terapeuta e paciente, em conjunto, estabelecem os objetivos da terapia, os problemas a serem resolvidos, etc.

Para Caballo (1996), o pressuposto central da Teoria Comportamental é que se um comportamento disfuncional foi aprendido, pode ser desencadeado por sinais internos e externos associados a ele. Baseando nisso a Terapia Comportamental ajuda o indivíduo a mudar a relação entre a situação que está criando dificuldade e a habitual reação

emocional e comportamental que ele tem naquela circunstância, por meio da aprendizagem de uma nova modalidade de reação. A nova aprendizagem é conseguida através de técnicas apropriadas a cada caso.

A abordagem cognitiva assenta e acredita que as reações emocionais são determinadas pelas avaliações que um indivíduo faz de seu ambiente e de si próprio em relação a outra pessoa. Entende que são formadas sucessivas avaliações e reavaliações, que precisam o grau exato da ameaça que uma determinada situação representa para o indivíduo. Qualquer evento atira a uma avaliação inicial que fornece uma primeira impressão sobre como ele pode afetar os interesses vitais da pessoa. Uma segunda avaliação se segue, quando então a primeira poderá ser confirmada ou revertida. Na medida em que esta avaliação indique uma ameaça profunda ao domínio (ameaça à sobrevivência, individualidade, funcionamento, ligações interpessoais, saúde, patrimônio, valores etc.) surge uma reação de emergência. A característica principal desta reação é seu especto egocêntrico e também se apresenta como global, absoluta e arbitrária (Beck *et al* 1997).

Em um quadro de pânico, por exemplo, a avaliação envolve frequentemente a ideia de morte iminente que ilustram as características acima descritas. A avaliação de perigo inclui não apenas estimativas quanto à ameaça da situação em si, como também dos recursos da pessoa para lidar com o perigo. Avaliações que apontam para efeitos extremamente dramáticos de uma situação e/ou um auto-conceito diminuído, conduzem a reações intensas de ansiedade. Estas por sua vez podem afetar uma capacidade até bem estabelecida de manejar uma situação pela interferência de reações primitivas de defesa. Muitas vezes a fuga é impossível ou inaceitável, como em determinadas situações sociais para um fóbico social, e a interferência cresce até atingir proporções fora do normal.

No estudo referido acima de Beck, a essência dos transtornos de ansiedade é o modo de vulnerabilidade, que pode ser definido como a percepção que uma pessoa tem de si, quando submetida a perigos internos ou externos, sobre os quais seus recursos para controlá-los estão faltando ou sendo insuficientes para poder lhe fornecer um senso de segurança. Nas síndromes de ansiedade (pânico com ou sem agorafobia, Transtorno de Ansiedade Generalizada, TOC, fobia social, fobia simples, Síndrome de Estresse Pós-Traumática) o senso de vulnerabilidade está grandemente aumentado pela operação de certos processos cognitivos disfuncionais (minimização de recursos pessoais, abstração

seletiva com foco em suas fraquezas, catastrofização, hipergeneralização, memória ou projeção futura seletivas etc.).

O conceito de modos ou forma de se reagir, se reveste aqui de um significado especial. Uma pessoa possui vários modos de funcionamento: negativista, otimista, de segurança ou vulnerabilidade, agressivo, erótico, narcisista etc. Normalmente, as situações se alterna com as correspondentes alternâncias nos modos. Nos casos patológicos os modos tendem a funcionar em sequência. Assim, se um fóbico social for exposto a uma situação social ameaçadora, seus pensamentos automáticos catastróficos e ruminativos - que indicam a ativação do modo vulnerabilidade- disparam, com consequente aumento no nível da ansiedade, que, por sua vez, ativam mais o modo e seus pensamentos automáticos, e assim por diante. Um doente do pânico, que identifica erroneamente um sinal de seu corpo como iminência de ataque cardíaco e morte, exibe também a ativação do modo. O contexto, a falta de habilidades específicas para determinadas situações, a experiência anterior, a interferência da ansiedade no desempenho eficaz, as previsões catastróficas contribuirão para a intensificação de suas reações.

1.8.1 Psicoterapia cognitivo-comportamental nos transtornos de ansiedade

Quando falamos de psicoterapia, certamente estamos abordando relação terapeuta-paciente ou simplesmente relação terapêutica. No entanto, a terapia cognitivo comportamental é constituído de um perfeito casamento entre terapia cognitivo e terapia comportamental, pois exige uma preparação técnica e uma assimilação de conhecimentos teóricos e pessoais, específicos de cada terapeuta e de cada paciente/cliente. A partir de tal preparação, terapeuta-paciente estão prontos para, juntos, reconstituírem as vivências, bem como reconstruírem cognitiva e emocionalmente a sua história pessoal.

Para Greenberger & Padesky (1999), o terapeuta cognitivo deve fazer perguntas a respeito de cinco aspetos da vida do paciente: pensamentos (crenças, imagens, lembranças), estados de humor, comportamentos, reações físicas e ambiente (passado e presente), visto que as cinco áreas estão interligadas, onde cada aspecto diferente da vida de uma pessoa influencia todos os outros. Pequenas mudanças em qualquer área podem acarretar mudanças nas demais.

Diversas técnicas comportamentais são utilizadas, tais como, a exposição ao vivo, dessensibilização sistemática, exposição e prevenção de resposta, etc.

De acordo com os escritos da psicoterapeuta Judith Beck (1997), o processo terapêutico envolve:

- a) Estabelecimento de uma forte relação de aliança terapêutica. Se esta aliança é fundamental para qualquer tratamento, psicoterápico ou não, nos quadros ansiosos ela se torna ainda mais necessária, haja vista a idéia de ameaça sempre presente nestes quadros, o autoconceito diminuído nestes pacientes e suas características de dependência (aliás, cuidados devem ser tomados quanto a esse aspecto de forma a que a aliança não trabalhe a favor da dependência). A aliança se estabelece a partir de sinais do terapeuta de aceitação, empatia, interesse genuíno, calor humano e compreensão da problemática.
- b) Informação detalhada do modelo cognitivo-comportamental sobre o problema do paciente, de forma a ajudá-lo a compreender mais realisticamente suas dificuldades, desmistificar suas interpretações catastróficas e obter uma sensação de mais domínio e controle sobre o problema. Apenas esta explicação já pode produzir um considerável alívio no paciente e induzir seu envolvimento cooperativo, fundamental para o processo terapêutico. A explicação também pode envolver alguns exercícios (hiperventilação provocada, idéias catastrofizantes, idealmente acompanhadas por um monitor de ⁵*biofeedback* para verificação das relações entre eventos, cognições e ansiedade), de maneira que o paciente possa comprovar a veracidade do que lhe está sendo informado. Deixa-se claro que o tratamento envolverá intervenções nos três níveis de resposta: cognitivo (através de métodos cognitivos); autonômico (através de técnicas respiratórias e de relaxamento muscular progressivo); e comportamental (através de exposição gradual e prevenção de respostas de fuga/evitação). Discute-se também a eventualidade do uso de medicação.
- c) Detecção de pensamentos automáticos catastróficos e seu questionamento para determinar evidências que os sustentem ou não, descobrir outras alternativas e decatastrofizar suas projeções futuras. A aquisição da capacidade de detecção dos

⁵ Biofeedback é uma ferramenta terapêutica que fornece informações com a finalidade de permitir aos indivíduos, desenvolver a capacidade auto-regulação. Envolve o retorno imediato da informação através

pensamentos automáticos permite a introdução dos registros desses pensamentos fora das sessões para posterior análise em sessões futuras.

d) Treino de relaxamento muscular progressivo (Jacobson) e de técnicas de respiração diafragmática que são procedimentos inibidores da ansiedade (Wolpe).

e) Solicitação de preenchimento dos Registros Diários de Pensamentos Disfuncionais (RDPD). Esses registros são extremamente importantes, pois será sobre ele que o processo de reestruturação cognitiva se dará pelo exame dos pensamentos registrados quanto a sua veracidade e adequação. Progressivamente o paciente vai adquirindo a capacidade de, sozinho e independentemente, questionar ele mesmo seus pensamentos como mecanismo de reestruturação cognitiva de forma a poder prescindir da intervenção de um terapeuta.

f) Quando o paciente estiver dominando satisfatoriamente seus novos recursos para enfrentar situações ansiogênicas, inicia-se a fase de exposição voluntária e gradual, na realidade, com ou sem a presença do terapeuta. Estes testes são importantes porque permitem a detecção dos pensamentos automáticos no instante de sua ocorrência, o que facilita muito a sua contestação. Permitem também que o paciente possa verificar sua capacidade de enfrentar vitoriosamente a situação, o que tende a fazê-lo inverter o balanço entre o grau das ameaças e seus recursos pessoais para enfrentá-las, fortalecendo assim sua autoeficácia (Bandura 1982 apud Beck 1997), sua autoconfiança e autoestima. Aos poucos, estes ensaios permitem retirar o paciente dos modos negativistas e de vulnerabilidade, promovendo uma alternância mais equilibrada entre os diversos modos.

g) Uso de estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E. (Beck, et al 1997) como um instrumento de manejo da ansiedade.

h) Grande importância é dada à análise da situação existencial do paciente, já que é nela que se encontra a fonte dos conflitos, que subjazem suas dificuldades. Crises de pânico, por exemplo, costumam consistir em punições terríveis, mas mesmo assim mais brandas que aquelas imaginadas pelo paciente que ocorreriam se sua liberdade não estivesse sendo assim restringida. Em vários transtornos de ansiedade é quase certa a presença de

de aparelhos sensórios eletrônicos, sobre processos fisiológicos (frequência cardíaca, temperatura periférica, resposta galvânica da pele, tensão muscular, pressão arterial e atividade cerebral).

estados depressivos (Maser e Cloninger 1990), o que exige a utilização de métodos antidepressivos que, com seus efeitos, também contribuem para a superação do quadro ansioso.

Herdeiro do pai Aaron T. Beck, ela explicou de maneira luzente as técnicas para lidar com os três principais componentes: cognitivas, afetivas e comportamental.

1.8.1.1 Estratégias e técnicas para reestruturações cognitivas

Também demonstrou que durante a terapia, a meta fundamental é tornar o paciente mais consciente de seus processos de pensamento para permitir a correlação de erros lógicos ou de conteúdo através de perguntas que o conduzam a ele mesmo constatar seus erros. Um estilo persuasivo, deve ser firmemente evitado pelo terapeuta. A inquirição, basicamente, resume-se a três grandes perguntas:

a) Qual é a evidência? Respostas a esta pergunta implicarão em (1) uma análise da lógica deficiente; (2) uso da técnica das três colunas (registro de dados de situações, interpretações do paciente e avaliação do tipo de erro cognitivo envolvido nas interpretações); (3) fornecimento de informações e (4) testes de hipóteses na realidade através de exercícios e ensaios programados antecipadamente nas sessões.

b) Há outras possibilidades de se olhar para o problema? Respostas a esta pergunta implicarão em (1) gerar interpretações alternativas; (2) descentramento / distanciamento do paciente em relação a si próprio e ao problema; (3) aumento da perspectiva de se encarar uma determinada situação e (4) reatribuição de relações de causalidade.

c) E se acontecer o pior que você imagina? Respostas a esta pergunta implicarão em (1) decatastrofização das consequências imaginadas pela descoberta de que os efeitos imaginados raramente conduzem a algo mais do que nada; (2) estabelecimento de planos de adaptação para situações que envolvem algum tipo de perigo potencial.

Torna-se necessário lidar também com representações icônicas dos pacientes já que estas podem ser uma das principais fontes de sua ansiedade.

Isto pode ser alcançado através de (1) repetição da imagem para produção de habituação; (2) desligamento ou distração, pelo envolvimento em outra atividade; (3) projeção no tempo, visando decatastrofização; (4) intenção paradoxal, como uma alternativa à

anterior; (5) indução de mudanças na imagem, como se o paciente fosse um cineasta que cria e varia suas imagens; uso de metáforas e outros procedimentos.

1.8.1.2 Estratégias e técnicas para lidar com o componente afetivo

O passo mais fundamental é o de aceitação dos sentimentos. Disso depende, é claro, uma reestruturação cognitiva no sentido de desmistificar as fantasias do paciente quanto às situações temidas. O exercício em sessões através da produção de cognições ansiogênicas ou de hiperventilação é um meio muito produtivo nesta direção. Isto ajuda também a reduzir a ansiedade da própria ansiedade. Reestruturações também precisam ser dirigidas a reduzir a vergonha quanto à ansiedade. Importante é uma compreensão mais precisa da natureza e função da ansiedade em nossa vida. Algumas estratégias úteis para ajudar ao paciente a superar sua ansiedade incluem ajudá-lo a conseguir a agir tão normalmente quanto possível. Técnicas respiratórias e de relaxamento são muito eficientes e são recomendadas. A busca de evidências de que são seus pensamentos, e não as coisas propriamente ditas, que produzem sua ansiedade, deve ser incessantemente perseguida através da demonstração de erros de processamento tais como raciocínio sequencial, correlacional, emocional ou analógico.

1.8.1.3 Estratégias e técnicas para lidar com o componente comportamental

Um dos aspetos mais importantes, é conseguir a adesão do paciente ao tratamento. É motivá-lo para os testes de realidade que precisará fazer para que suas cognições possam modificar-se. Isto é necessário para que o paciente abandone seus mecanismos de autoproteção tais como evitação de determinadas situações e busca de amparo. A aproximação gradual é uma condição fundamental para o sucesso e, para isso, é necessário a construção de hierarquias de situações ansiogênicas que orientem a auto-exposição. Os passos serão realizados pelo paciente fora das sessões (com ou sem a ajuda de outros significativos, inclusive, o próprio terapeuta, no início do processo) como trabalho de casa. O contrato sobre o trabalho de casa, precisa ser feito com muita ênfase e comprometimento, de modo a destacar a sua importância. Ensaios comportamentais devem ser realizados nas sessões para prepararem adequadamente o paciente para a auto-exposição e como forma de dessensibilização. É importante detalhar os pensamentos que costumam interferir negativamente com o desempenho de

tarefas necessárias ao paciente e ao processo da terapia para que possam ser modificados, senão a probabilidade de evitação aumentará na ocasião do desempenho. Um bom auxílio é a técnica "como se" que consiste em ajudar ao paciente a se comportar como se não sentisse nenhuma ansiedade através da descrição antecipada e precisa de cada passo do que terá que fazer, de forma a torná-lo mais ligado na tarefa do que em si mesmo.

Encerramos certo de que não haveria outra terapia que desse tanto ecletismo ao tratamento de transtorno da ansiedade, pelo que demonstrou não só a sua eficácia quanto eficiência. Ela é uma terapia operacionalizada com uma vasta gama de aplicações também apoiadas por dados empíricos, que são derivados da teoria. Pois, nela o terapeuta tem uma certa autonomia, buscando uma variedade de formas de produzir mudanças cognitivas, no pensamento e no sistema de crenças no paciente, visando promover mudança emocional e comportamental duradouras. O paciente é um cooperador direto da terapia, é dinâmico, formando um necessário equipa durante as terapias.

1.9 O papel das mulheres/mães cabo-verdianas

Consideramos injusto falar das mães sem referir às mulheres e mães Cabo-Verdianas que são modelos do nosso estudo. Elas que desde da época de antiguidade foram descritas como mulheres batalhadoras e comprometidas com o lar.

O Cortazzo (2000), demonstra qual é a colocação da mulher dentro da historia, o que não deixa de fora a mulher cabo-verdiana, a elas que, como diz o autor “por natureza” devem os cuidados da casa e dos filhos as vezes a família inteira.

Historicamente o lugar destinado à mulher tem sido o lar, as questões domésticas [...]. Às mulheres corresponde ‘por natureza’ o cuidado dos filhos, da casa e dos pais velhos: funciona como um mandato a que devem responder e, em muitos casos, isto é requerido por outras mulheres [...]. (Cortazzo, 2000:157)

Na perceção de Silva (2007), um dos papéis mais importantes da mulher na sociedade cabo-verdiana, é o cuidado com os filhos e com a casa, embora ultimamente, e principalmente após o fenómeno de emigração das ilhas, a mulher desempenha o duplo papel de mãe e pai ao mesmo tempo. Assim, além das tarefas domésticas, ainda tem a

responsabilidade de prover economicamente o lar. Uma das faces de sua atividade doméstica é a educação dos filhos e aqui se inclui o papel central de transmissão de conhecimentos, dos valores identitários e culturais que também é representado pela contação de histórias. Importante observar, todavia, que uma das razões mais apontadas para o fato de uma mãe cabo-verdiana ser chefe de família, a despeito da ocorrência de filhos fora do casamento – que gera formação de nova família chefiada por mulheres – é a emigração dos homens de Cabo Verde, deixando o cuidado da família sob a responsabilidade da mulher, que permanece nas ilhas.

Apesar de todos os progressos e conquistas que a mulher cabo-verdiana tem tido ao longo da sua história, principalmente no mercado de trabalho, percebe-se que, ainda ela tem inúmeras dificuldades na sociedade cabo-verdiana. Pois, o Instituto Nacional de Estatística (INE) de cabo verde expõe dados preocupantes do último censo realizado em 2008.

Demonstra que o número de agregados monoparentais chefiados por mulheres é cada vez maior, representando, em 2007, cerca de 67,5 que era de 37,5% em 2000. Os homens chefes de famílias monoparentais representavam, por seu lado, apenas 12,3%, em 2000. No meio rural, a proporção de famílias monoparentais chefiadas por mulheres, é maior (50,1%) do que nas zonas urbanas (41,0,1%).

Remata também que a violência doméstica e o alcoolismo são outros problemas graves da família cabo-verdiana.

Em 2005 apurou-se que, 22 em cada cem mulheres, vivendo em união conjugal ou união de facto, foram vítimas de violência baseada no Género.

Contudo, as crianças também sofrem. Pois, são vítimas da desestruturação da família. Muitas mães acabam por não registar o filho à nascença, ou porque o pai opta por não perfilhar a criança ou porque elas próprias não se encontram registadas e não sabem como o fazer.

Dados do INE, referentes a 2007, mostram que cerca de 40 por cento das crianças cabo verdianas menores de um ano, não estão declaradas, não tendo acesso ao seu direito universal a um nome e a uma identidade. Por sua vez, a mulher acaba por assumir quase por inteiro as responsabilidades pelas obrigações domésticas e pela educação dos filhos e filhas, obrigações que lhes impõem limites, barreiras invisíveis, no acesso e na permanência no mercado de trabalho: o cuidado da casa e da família, e as situações a

elas associadas, como doença de uma criança ou familiar dependente, condicionam as suas oportunidades.

Sendo a mulher que na grande maioria arca com todas as despesas da casa e da família, certamente que terá que fazer trabalhos fora de casa para gerar fundos de sustentabilidade do lar. No entanto dados oferecidos da INE da taxa do desemprego do ano 2009, apresentou 16.8 % de homens desempregados para 25.3% de mulheres. O que nos apresenta um quadro de mais de 8 % de diferença de desemprego nas mulheres que nos homens.

Apesar da evolução geral positiva apresentada pela INE, ou seja, tem aumentado anualmente o número de mulheres nos postos de trabalho mas, as mulheres continuam a ser muito mais afetadas do que os homens, pois o desemprego atinge-as mais e a pobreza é mais profunda nos agregados familiares chefiados por mulheres.

Neste sentido, no ano de 2008, foram dadas diretrizes na área da formação profissional para a assunção de ações discriminatórias/ positivas a favor das mulheres e da promoção do acesso destas a áreas de trabalho tradicionalmente masculinas.

Uma outra estratégia para a promoção da empregabilidade e a redução da pobreza é implementada através da garantia do acesso das mulheres ao crédito. Com esse propósito foram disponibilizados para o período 2010-2011, perto de 42.000 \$00 a ser executado por ONG femininas.

Entretanto, para reduzir o desequilíbrio, o Estado de Cabo Verde elaborou o Programa Coesão Social (2010-2012) que integra o projecto “Jovem e Coesão Social” que leva a cabo ações específicas para mães solteiras e mulheres chefes de família, através da formação profissional como um instrumento de luta contra a pobreza, em parceria com as instituições públicas e privadas.

No parecer de Coelho (2002 p:70) o trabalho hoje “representa para muitas mulheres também uma realização pessoal, por ser um espaço construído individualmente, no qual se sentem valorizadas como pessoas”.

Sendo assim, torna-se comum o desdobramento da mulher no desempenho do seu duplo papel, o que dificulta para ela a visualização da sua própria condição. À mulher cabe, portanto, além do seu trabalho fora de casa, a incumbência da execução do papel de mãe, esposa e dona-de-casa, tornando mais difícil ainda quando se encontra em situação de doença no filho e consequentemente refletindo no seu bem-estar psicológico.

Desta forma, conforme afirma Oliveira (1999: 35), “está colocado a dupla jornada de trabalho, ou melhor, a jornada extensiva de trabalho, que começa em casa, passa pelo mundo do trabalho e vai terminar novamente em casa”.

O autor acima referido, nos leva a refletir que os trabalhos de casa como se diz no senso comum, “termina aonde começa o outro”. Pois a mãe nunca vê seu filho como traspassado de cuidados maternos. Percebemos que as mães cabo-verdianas, apesar de sua árdua tarefa de casa e trabalho, muitas sofrem pela falta de apoio do pai do filho, nos cuidados da família e da casa, por isso, têm que fazer agregações de tarefas para poder conseguir responder positivamente as demandas das da casa e dos filhos.

Os resultados de uma pesquisa feita na Psiquiatria do Hospital Dr. Agostinho Neto de Barros (2011), O ano de 2005 apresentou uma prevalência de perturbações afetivas de 15.7%, sendo 1.3% no sexo masculino e 2.0% no feminino, traduzindo que as mulheres tiveram resultado dobro que dos homens. Todavia percebe-se o desafio que elas enfrentam torna-as mais vulneráveis para sofrer ansiedade ou qualquer outra perturbação psicológica.

Capítulo 2: Metodologia do Estudo

Optou-se por fazer um trabalho de natureza mista, enquadrando tanto a natureza qualitativa bem como a quantitativa, para melhor satisfazer os objetivos da pesquisa. A qual realizou-se no departamento pediátrico do hospital Agostinho Neto.

As divergências entre a abordagem qualitativa/quantitativa, refletem diferentes epistemologias, estilos de pesquisa e formas de construção teórica, no entanto, apesar de suas especificidades não se excluem.

Segundo Minayo (1993), a pesquisa qualitativa se preocupa, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositários de crenças, valores, atitudes, hábitos, representações, opiniões e busca aprofundar-se a complexidade de fatos e processos específicos a indivíduos e grupos.

Por outro lado a abordagem quantitativa é empregada, portanto, para quantificar, ou seja, permite a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que os represente estatisticamente. (Goldenberg, 1999).

2.1 Amostra/ Participantes

Para realizar esta investigação, entrevistamos 10 mães que já passaram mais de duas semanas com filhos internados na pediatria do Hospital Dr. Agostinho Neto, das quais foram aplicadas o inventário de Ansiedade de Beck e Escala de Eventos vitais de Savoia. Contudo, apenas 8 conseguimos obter os resultados das escalas porque as restantes tiveram alta no dia da aplicação. Tivemos a participação especial de duas enfermeiras e uma médica, que faziam o tratamento das crianças, com o objetivo de saber se a ansiedade materna influencia no tratamento ou na relação entre eles.

O principal critério de participação das mães era: estar com filho hospitalizado num período de mais de duas semanas, que é período do tempo significativo para avaliação de todas as fases do internamento, assim, podíamos avaliar dos primeiros dias até o dia atual.

2.2 Características sociodemográficas da população alvo

Mãe 1 - 34 anos, 12º ano de ensino secundário, mora na ilha do Fogo, doméstica, Muçulmana, União de fato, 2 filhos, o filho tem 4 meses e 2 meses e 18 dias hospitalizado.

Mãe 2- 22 anos, 7º ano de escolaridade, mora em Assomada, doméstica, Católica, Namorando, 1 filho, o filho tem 2 meses e 24 dias de internado.

Mãe 3- 43 anos, 4º ano de ensino básico, mora na cidade da Praia, Solteira, Católica, Empregada de limpeza, 4 filhos, tem filho de 7 anos e 1 mês e 11 dias internado.

Mãe 4- 19 anos, 6º ano de ensino básico, mora em Assomada, doméstica, Católica, União de fato, 1 filho, tem filho com 1 mês e 8 dias e 25 dias internado.

Mãe 5- 21 anos, 2º ano de ensino superior, mora na cidade da Praia, União de fato, Católica, tem 1 filho com 1 mês e 5 dias e tem 25 dias hospitalizado.

Mãe 6- 18 anos, 10º ano de ensino secundário, mora em São Domingos, Estudante, Católica, Namorando, tem 1 filho com 5 meses e 21 dias hospitalizado.

Mãe 7 - 20 anos, 9º ano de ensino secundário, mora na cidade da Praia, doméstica, Católica, União de fato, tem 1 filho com 9 meses e 27 dias hospitalizado.

Mãe 8- 27 anos, 6º ano de ensino básico, mora na ilha do fogo, doméstica, Católica, união de fato, 2 filhos, tem filho de 8 anos e com 1 mês e seis dias hospitalizado.

Mãe 9 - 32 anos, 9º ano de ensino secundário, mora na cidade da Praia, estudante, união de fato, católica, 3 filhos, tem filho de 1 ano e 11 meses com 22 dias hospitalizado.

Mãe 10 - 24 anos, 6º ano de ensino básico, mora na ilha do Fogo, doméstica, união de fato, nazarena, tem 2 filhos, tem filho de 1 ano e 4 meses com 3 meses hospitalizado.

2.3 Instrumentos utilizados

Considerando o carácter qualitativo- quantitativo da pesquisa, a pragmática de avaliação foi constituída pelos seguintes instrumentos:

1) Escala de eventos vitais, de Savoia (1995).

Baseia-se na proposição de que o esforço exigido para que o indivíduo se reajuste à sociedade, depois de mudanças significativas em sua vida, cria um desgaste que pode levar a doenças sérias. Foi construída pelos pesquisadores Holmes e Rahe (1967), construíram uma lista de acontecimentos considerados por eles como eventos significativos, como divórcio, nascimento de criança na família, morte na família, mudanças no trabalho e outros. Esses acontecimentos recebem escores e, de acordo com os autores, se durante o período de um ano anterior a contar do mês do início da avaliação, a pessoa sofreu entre 200 e 300 escores de estresse, há uma probabilidade de mais ou menos 50% de que ela venha a ficar doente devido ao excesso de estresse. Na sua aplicação, essa lista é apresentada aos indivíduos, em uma entrevista, ou à parte, como uma escala impressa, pedindo que indiquem se experienciaram qualquer um dos acontecimentos apontados. Esse procedimento tem algumas desvantagens: a possibilidade de ausência na lista de um acontecimento importante para a pessoa; estes decidem se os eventos dos quais participaram pertencem ou não às categorias colocadas na lista; essa escala leva em conta apenas as grandes ocorrências da vida da pessoa e não os pequenos eventos do dia-a-dia.

2) BAI (Inventario de Ansiedade de a Beck) de Cunha (2001);

O BAI, por sua vez, visa medir os sintomas comuns de ansiedade. Ela é utilizada para medir a gravidade do nível de ansiedade do paciente. O exame é válido para pacientes adolescentes até velhice e encontra-se disponível em Inglês, Espanhol e Português. Caso o paciente seja incapaz ou não esteja disposto a responder às questões em formato escrito, pode ser administrada oralmente. A escala consta de uma série de 21 questões de múltipla escolha, são perguntas de auto-avaliação sobre

a percepção de ansiedade por parte do paciente ao longo da semana anterior. Essas avaliam diferentes sintomas de ansiedade tais como sudorese, taquicardia, irritabilidade e falta de ar. Cada pergunta possui quatro alternativas de resposta: Não, Levemente, Moderadamente ou Severamente. O paciente seleciona uma alternativa para cada pergunta. A confiabilidade do Inventário de Ansiedade de Beck depende exclusivamente da honestidade do paciente em responder cada questão.

O resultado é determinado pela soma do total de cada sub-escala. A somatória dos pontos perfazem um escore de 63, sendo que, de Zero a sete pontos indica um nível mínimo de ansiedade, de oito a quinze pontos indica uma leve ansiedade, de dezasseis a vinte e cinco pontos indica ansiedade moderada e de vinte e seis a sessenta e três pontos indicam ansiedade severa. Ansiedade patológica será considerada a partir de vinte pontos. (Cunha, 2001).

- 3) A entrevista semiestruturada da nossa autoria, que foi dirigida às mães, enfermeiras e médica das crianças hospitalizadas.

Para Manzini (1990), a entrevista semi-estruturada está focalizada em um roteiro com perguntas principais complementadas por outras questões se por algum motivo estas surgirem no momento da entrevista.

Entrevista semi-estruturada, continha perguntas abertas e com o objetivo de compreender a ansiedade materna e as estratégias de enfrentamento da mãe com a internação hospitalar de seu filho. Primeiramente recolhe dados sociodemográficos e perguntas sobre a receção sobre o diagnóstico da doença do filho, conhecimento sobre ansiedade, estratégias de superação, relacionamento com a equipe do hospital, mudanças ocorridas no cotidiano, etc.

2.4 Procedimentos

Numa primeira fase, o tipo de estudo e o que se pretendia investigar foi anunciada e autorizada antes pela direção do Hospital Dr. Agostinho Neto (Anexo 6). Para realização da parte empírica, o presente estudo foi exposto e submetido a apreciação da Comissão de Ética para a Saúde do Ministério da saúde de Cabo verde, onde obteve autorização (Anexo 7).

Esta investigação operacionalizou-se no Serviço de pediatria, do referido hospital, entre os dias 07 a 30 de Dezembro de 2012.

A recolha de dados, operou-se nos períodos de manhã e a tarde, em todos os dias de semana incluindo fim-de-semana, dependendo da disponibilidade de cada participante. Importa referir, que a investigação interferiu no funcionamento normal do Serviço da pediatria.

Os dados, do número das mães que obedeciam o período solicitado na pesquisa, foram recolhidos no gabinete da enfermeira – chefe, através do livro de registo de entrada das crianças, internadas na pediatria do Hospital Dr. Agostinho Neto.

Os dados foram recolhidos nas salas A, B, C, E, F da pediatria, no espaço mais acolhedor possível. Dentro da preferência de cada participante, as horas foram articuladas de acordo com disponibilidade das mesmas. Com autorização dos participantes e antes de responderem às questões, agradecemos pela colaboração, acedemos-lhes instruções, sobre a finalidade do tema em estudo, a confidencialidade e o anonimato dos dados bem como se explicava os riscos e os benefícios do estudo e esclareciam-se eventuais dúvidas. Logo todas elas assinaram antecipadamente o termo de consentimento livre e informado (Anexo 5).

Inicialmente foram entrevistadas às mães depois às enfermeiras e médica.

Subordinando-se a escolha das mães, as técnicas foram aplicadas tanto oral como escritas.

Primeiramente foi feita a entrevista, gravada quando era oral e escritas no caderno quando não preferiam a gravação. As perguntas da entrevista demoraram, em média 25 minutos, variando entre 25 a 30 minutos a serem respondidos. As participantes eram livres de desistir, sem sofrer qualquer tipo de consequência.

Depois foi-lhes aplicada as duas escalas utilizadas na pesquisa, no entanto para não ser muito cansativo e demorado, optamos em deixar as mães com as duas escalas que utilizamos, para serem preenchidos individualmente. Após concordarem a participação, preenchiam os dados sociodemográficos, solicitava-se uma leitura atenta das instruções antes de iniciar o preenchimento dos instrumentos de autoavaliação.

A investigadora permanecia na pediatria caso existissem dúvidas ou as mães necessitassem de ajuda. Por esse motivo as dez mães participaram assiduamente na entrevista, entretanto, não conseguimos os resultados de escalas de menos duas mães,

que prometeram entregar no outro dia, quando voltamos para receber as escalas estavam ausentes, ou seja, tinham recebido alta hospitalar.

Finalmente concluiu-se a entrevista com as enfermeiras e médica, obedecendo a os mesmos procedimentos das mães.

2.5 Instrumentos de tratamento de dados

Os dados foram processados pelo programa *SPSS (Statistical Package for Social Sciences)*, versão 15, onde foram procedidas análises descritivas (medidas de tendência central, distribuição de frequência).

As entrevistas foram examinadas através da análise de conteúdo que segundo Gil (2007), é uma técnica de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.

O autor Bardin (1977), acrescenta que a análise de conteúdo desenvolve-se em três fases: pré análise, exploração do material, e tratamento dos dados.

A análise de conteúdo é uma metodologia de pesquisa utilizada para descrever e interpretar o conteúdo de documentos e textos, ajudando a reinterpretar as mensagens e alcançar uma compreensão de seus significados em um nível que vai além de uma leitura comum.

Portanto, a efetivação de análise de conteúdo deu-se através de cinco etapas:

- 1º - Preparação das informações, em que se seleciona o material a ser utilizado na pesquisa e se inicia o processo de codificação;
- 2º - Unitarização, quando são definidas as unidades de análise;
- 3º - Categorização ou classificação das unidades em categorias previamente definidas pelos autores, quando os dados são agrupados considerando se a parte comum existente entre eles, em um processo de redução e síntese;
- 4º - Descrição;
- 5º - Interpretação a etapa em que se discute os resultados, aprofundando-se a compreensão do material obtido. (Moraes, 1999).

Capítulo 3: Apresentação e discussão do Resultado

A discussão dos resultados assentou na descrição dos dados recolhidos durante este estudo. Partido dos resultados e da análise que iremos apresentar, podemos concordar com Ramirez (2008), que a enfermidade pode gerar mudanças familiares e sociais que são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos emocionais em pacientes e familiares; pois elas exigem adaptação e elaboração de estratégias para um bem-estar psicossocial. Pois iremos exibir dados puramente concisas que irão nos ajudar a perceber melhor, a preocupação que delegou este estudo.

3.1 Análise de conteúdo da entrevista

Acatando os procedimentos da análise de conteúdo, inicialmente foi feita as transcrições literais de cada resposta das mães.

O relato verbal das mães, coletado na entrevista oferece as mães a oportunidade de expressar verbalmente seus sentimentos, angústias, dificuldades, em relação a hospitalização do seu filho, de acordo com Aylward (2002). As mães foram codificadas de M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9 e M10.

Seguidamente, definimos as seguintes unidades para análise:

Categoria 1- encarando a notícia do diagnóstico e da hospitalização do filho

As verbalizações maternas referem as reações da notícia da hospitalização, ou seja, como foi a reação delas quando receberam a notícia da hospitalização e da doença.

“Passei uns dias sem fazer higiene pessoal, triste, preocupada sem saber o que fazer, fiquei chorando quando o médico disse que ele iria ficar internado”.

M1

*“ Naquela hora, fiquei triste, senti tremuras, falta de ânimo, fiquei preocupada, não fiquei normal..., fiquei estressada”.*M2

“Fiquei com coragem, já sabia que internavam o meu filho, só restava esperança”. M3

“Fiquei triste, não esperava, mas se é os médicos que o internaram, é porque eles sabem que é melhor para ele”. M5

“ No dia que o medico me disse que meu filho ia para Praia internar no hospital, chorei, chorei, [...], pensei que era algo muito grave, não sabia o que era hepatite b”. M7

*“ Não sei explicar, fiquei incomodada, pensando como ficaria na Praia, praticamente morando no hospital, pensei se conseguia adaptar”.*M8

“ Quando a médica me disse, o seu filho tem febre meningite, fiquei, triste, desesperada, se eu não estivesse preparada minha cabeça não ficaria bem”. M9

“ Senti vontade de sair correndo, de gritar, porque o outro filho mais velho também estava doente, mas fiquei concentrada pensando como ia fazer tudo na praia sozinha ”.M10

Os depoimentos dessas mulheres, demonstram a preocupação com a saúde do filho, como muitas parecem vivenciar momento de “desespero” e busca de auxílio, quando foi-lhes dada a notícia da doença e hospitalização do filho. Muitas vezes, a ignorância quanto a doença, foi indicada como desencadante de pensamentos negativos e estresse. Repara-se que o sentimento de tristeza foi enunciada tanto para mães que já sabiam da doença e do internamento, quanto aquelas que não esperava o diagnóstico nem internamento. Contudo, a confiança que depositam nos médicos demonstra um pouco de segurança.

Para Crepaldi (1998), o início da internação configurava-se como uma situação difícil para os pais, neste caso, as mães, ainda que já tivessem passado pela experiência de estar no banco de emergência, ou se tratasse de reinternação da criança. Porquanto, foi fácil enxergar sentimentos de medo, desespero, impotência, susto, tristeza e nervosismo, nas enunciações das mães.

Conforme estudo realizado por Mahaffy (1965 *apud* Imori, *et al*, 1997), a hospitalização de um filho pode desencadear alterações emocionais e sofrimento psíquico nos membros da família, principalmente naquele que acompanha a criança, sendo este na maioria das vezes a mãe.

Categoria 2 – A permanência no hospital

“ Permaneço 24 horas no hospital, faço tudo aqui, tomo banho, como a comida do hospital, [...] também eu não sou de Praia. M1

“ Fico 24 horas, quando saio para fazer higiene deixo as colegas do quarto para espiares meu filho ” M2

“24 horas. Só saio para tomar banho ou fazer alguma outra coisa se precisar, depois volto e durmo juntamente com ele, as vezes deito no chão embora eles não querem aqui no hospital”. M3

“Estou sempre 24 Hora. Faço tudo aqui, durmo também aqui mesmo sentada em cima da cadeira”. M5

“ Fico aqui mais ou menos 22 horas, só vou para casa para tomar banho e comida”. M7

“ Vou para casa só almoçar e tomar banho, faço tudo as pressas, não consigo nem comer bem. A saúde do meu filho é primeiro lugar”. M9

“ Costumo ficar sempre. 24 sobre 24 horas, não consigo sair porque se sair daqui fico preocupada se ele ficaria bem”. M10

A preocupação materna com o acompanhamento manifestou-se aqui, independentemente do conhecimento sobre o malefício ou benefício desta conduta, demonstra o puro amor de mãe pelo filho. Percebemos que a maioria das mães permanecem 24 horas com os seus filhos, às vezes sacrificando muitas das suas necessidades, vivendo num ambiente restrito do hospital, comprometendo a sua vida social e emocional com o filho doente. Portanto elas passam por cada dor, cada fase do tratamento estão lá, cada pior e melhor dia está com o filho para alegrar ou para entristecer com ele. Constata-se nas entrevistas que geralmente é a mãe que fica o período de tempo maior ao lado do filho hospitalizado. A grande parte delas, passa a noite no hospital, sem mínimas condições de acolhimento. As palavras dessas mães traduzem o momento de “tudo que pode dar”, ou seja, o estar presente tem muito significado na vida destas mães. Algumas dizem que não conseguem sair do hospital, ou mesmo do lado do filho. A confiança que depositam nos cuidados que prestam aos filhos, são tantas que sentem-se ameaçadas se deixar outra pessoa cuidar do seu filho. O comportamento que John Bowlby apud Canavarro (2001), designou-se de

*comportamento de vinculação*⁶, exerce o papel imprescindível no desenvolvimento da criança quanto no estado emocional da mãe. Portanto o tempo que as mães colocam a disposição do filho, é um ingrediente importante para consolidar a afetividade da mãe com o filho através da prestação de cuidados físicos e emocionais.

Sendo assim, vai de encontro com o estudo de Faquinello & Collet (2003), no qual considera que é importante a relação mãe – filho, e a influência desta no desenvolvimento físico e emocional, se fazem necessárias para manter o vínculo afetivo durante o período de hospitalização dessa criança.

Categoria 3 – Apoio durante a hospitalização

“ O seguro do pai que paga tudo, eu não pago nada. Eles que nos pagaram passagem de avião para Praia e todas outras coisas”. M1

“ Não. Somente dos meus familiares, eu não sou daqui, meus familiares não vem todos os dias, as vezes como aqui. Do resto tudo faço no hospital”. M2

“ Apoio tenho. Dos meus amigos que me deram alguma coisa e dos meus familiares”. M3

“ Não recebi nenhum apoio, enfim..., sinto muita dor por causa disso, as coisas estão caras e não tem dinheiro para pagar”. M4

“ Recebo apoio do meu marido e dos meus familiares”. M5

“ Apoio com dinheiro não tenho, mas os meus amigos me dão força e isso é suficiente, porque eu acho que o principal apoio que alguém podia me dar aqui é força. Assim sinto que não estou só”. M6

⁶ Compreende-se que o comportamento de vinculação esteja centrado na regulação de segurança, no sentido em que há uma figura que procura de proteção e há uma figura, concedida com mais forte e mais

“ O pai do meu filho ajuda nas despesas, alguns familiares quando vêm visitar me dão dinheiro ou algo de comer”. M7

“ Ninguém me da nada, estou sem trabalho, o trabalho do pai do meu filho não tem salário certo, neste momento mesmo, estou a passar muitas dificuldades, [...], é neste momento que vejo quem é meu e quem não é meu, não quero falar sobre isso. (fala chorando e não consegue terminar a resposta) ”. M8

“ Não recebo apoio nem dos meus familiares, ainda bem que ele (filho) tem um pai que ajuda, as colegas de quarto que às vezes me dão alguma coisa mas está sendo difícil porque somos do Fogo, não temos familiares aqui na Praia. Não estou a passar fome porque o hospital dá comida. Nestes dias não tenho nada para dar meu filho para comer somente o que dão no hospital. Hoje estou pensando como vou trocar o meu filho de fraldas porque o que tinha já terminou e não tenho dinheiro para comprar outro ”. M10

Conforme podemos observar as mães que responderam positivamente quanto aos apoios recebidos, são poucas. Expressaram necessidades praticamente financeiras, mas exportam de maneira gritante a necessidade de apoio não só material como emocional. Pois repara-se que as respostas de várias mães foram muito curtas, permitindo entender o evitamento sobre o assunto. Outra situação é que por vezes, ocorre o acolhimento na residência de familiares para descanso, refeições e higiene, principalmente quando os pais da criança internada são oriundos de outra cidade ou ilha, mas o que aqui se repara a maioria das mães não tem familiares na cidade da Praia. Mães que muitas vezes não têm outro suporte financeiro, passam por sérias dificuldades, principalmente quando foram evacuadas para exames na ilha de São Vicente. Aquelas que desejam fazer suas refeições, higiene pessoal ou mudança de roupas, têm como suporte, o hospital. Este oferece às mães das crianças internadas, principalmente as de baixo rendimento, provenientes do interior ou de outra ilha que não tem onde se hospedar.

capaz de confrontar o mundo, que da segurança, conforto ou ajuda em caso de tal ser necessário. Bowlby apud. Canavarro (2001;77).

A hospitalização como se sabe, tem muito custo o que faz muitas delas ter expectativa de solidariedade por parte dos amigos, familiares e o mais importante do pai do filho, que muitas vezes é ausente. Expressões usadas aqui como: *dor, não quero falar sobre isso, sinto triste, fico pensando, etc.* foram várias vezes utilizadas como manifestações de algo que mexe com as emoções das mães, demonstrando um elevado grau de sensibilidade quando se fala sobre apoio.

França (2002) refere que durante a internação hospitalar, seja no início ou no fim do tratamento, a mãe torna-se companheira do filho, vivenciando junto as angústias, dor e sofrimento, por isso necessita de apoio.

Podemos constatar que o pai do filho é o mais solicitado para ajuda e aquele que as mães mais mencionaram como principal ajudador, porém, a situação económica de muitos deles foram apresentadas como debilitadas.

Segundo Neil-Urban & Jones (2002 *apud* Kohlsdorf e Costa Junior 2008), na percepção de pais de crianças doentes sobre as implicações adversas do enfrentamento da doença, destacam-se a sobrecarga emocional pelo acompanhamento da criança, a necessidade de atenção contínua aos sinais e sintomas da criança, a expectativa de sucesso de tratamento, os medos e vivências de luto antecipatório, os gastos financeiros com o tratamento (que envolvem as despesas familiares), as dificuldades psicossociais para conciliar os papéis de pai da criança em tratamento, pai dos irmãos da criança em tratamento, marido e provedor familiar.

Categoria 4 - a mudança do cotidiano

“ [...] A minha vida ficou atrapalhada. Não tenho trabalho, os afazeres de casa não sei como está, tive uma mudança radical, tudo ficou diferente, me parece que tive que aprender a viver de novo”. M1

“ As mudanças foram muitas, principalmente na minha vida pessoal. Já esta com 6 dias que não tomo banho só de tanta preocupação, não estou tendo tempo para mim, [...], não sei nem quando vou organizar todos os meus afazeres”. M3

“ Atrasei. Tenho minhas coisas paradas, não estou indo ao trabalho. Chamo os meus outros filhos em casa. Eles já estão grandes e fazem tudo em casa e tiram algum papel quando estou precisando por isso não fico muito preocupada” .M4

“ Não é fácil. Meu companheiro tem dificuldade de fazer tudo e fica me chamando toda hora para perguntar.” M5

“ Mudou tudo. Os horários de dormir, comer, lavar, enfim. Habituei com o horário do hospital. Deixei tudo parado, a minha escola, deixei meu trabalho, deixei de passear [...]. Com trabalhos de casa não me preocupo meus familiares fazem pra mim” M6

“ Mudou tudo para mim, porque aqui não faço nada a não ser cuidar dele. Minha irmã cuida de minha casa para mim, quando telefone ou me visita no hospital me diz como as coisas estão ”. M7

“ Para mim nada mudou porque até meu filho não melhorar não preocupo com outras coisas. Tudo ficou na responsabilidade do meu marido, mas fico preocupada porque eu faço melhor”. M8

“ Saí da escola, fiquei longe da família, tudo ficou diferente, amentou minha preocupação com outro filho que ficou em casa, com os afazeres de casa, pensando se meu marido irá dar conta de tudo. Meus filhos ficam na casa da minha mãe, os trabalhos de casa ficaram parados, fico chateada com o meu marido porque ele não faz nada em casa ”. M9

“ Quase que mudou tudo. Porque eu fazia tudo em casa e tomava conta dos filhos. Aqui tem muitas coisas para comprar. O dinheiro que o meu marido recebe é pouco para fazer todas as despesas do hospital. Mudou muito a situação lá em casa. Minha mãe me faz tudo em casa porque meu marido partiu o pé ”. M10

Os relatos das mães demonstram que a vivência cotidiana deixou de ser a mesma. Mudanças estas, que muitas das mães esquecem- se do autocuidado. Em sua maioria as mudanças mais sentidas foram financeiras. Houve aumento das preocupações principalmente com os outros filhos que ficaram em casa. A maioria que estava empregada deixou de trabalhar implicando aumentando as rendas familiares. Percebe-se, que houve uma inversão de papéis. Os maridos, para cuidar dos filhos e da casa, em casos das mães que tem filhos adolescentes, delegam as responsabilidades de cuidador da casa e dos irmãos. Por outro lado, a mulher carrega inquietação de deixar os afazeres nas mãos do marido. Quando julgam que o marido não tem condições de assumir determinadas responsabilidades, estas são transferidas para um familiar. A maioria dos participantes busca ajuda dos familiares durante a hospitalização infantil, para fazer outros afazeres que ficam pendentes, nomeadamente os domésticos. Observa-se também que, geralmente, o cuidado dos outros filhos fica ao encargo dos familiares que já os cuidavam antes da doença e hospitalização do filho. Essa mudança de papéis sociais ocorre frequentemente nas famílias que se afastam do lar por motivo de doença.

De acordo com França (2002), para que a mãe consiga conciliar suas tarefas cotidianas e familiares com a hospitalização, muitas vezes ela acaba dividindo-se, entre o filho hospitalizado e o que está em casa, causando certo sofrimento a ela.

Categoria 5- Encarando a ansiedade e criando estratégias de superação

“ Sinto muita dor de cabeça, acho que é porque estou preocupada. Fico ansiosa, não consigo dormir, não consigo andar direito. Quando estou assim choro muito, vou a casa de banho, coloco água na cabeça para passar”.M1

“Sinto muitas dores em todo corpo, no pé e inchaço, falta de sono, sinto muita “fadiga”, quero que meu filho cure logo para sair. Às vezes choro para a “fadiga” passar”. M2

“ Fico pensando se acontecer alguma coisa pior. Sinto dor de cabeça, agitada, nervosa. Quando estou assim não consigo fazer nada, só chorar para ver se o nervo passa”.M3

“Sim. Sinto que estou ansiosa para saber o que vai acontecer com o meu filho, se ele vai melhorar e o que acontece no futuro. Mas fico com pensamento positivo para superar a ansiedade. Tento perguntar outras pessoas que os filhos já tiveram mesma doença que o meu para saber como vai ser”. M5

“Sinto só dores no corpo, aliás não sei o que sinto, fico atrapalhada, tremendo de repente, estressada. Quando estou assim não consigo fazer nada, me dá só vontade de gritar”.M6

“Quando estou assim com muita preocupação, pensando muitas coisas, choro e alivia”.M7

“ Quando fico “fadigada”, fico com nervosismo, com dor de cabeça, dor do corpo mas quando falo com colegas, elas me descontraem”.M8

“ Eu fico mais preocupada quando o meu filho passa mal. Oh! Naquelas, horas eu fico com falta de apetite, tontura, dor de barriga. Depois quando médico vier espiar meu filho, fico com paciência, a fadiga passa”.M9

“Fico com fadiga, o coração bate forte, não respiro direito, sinto uma dor dentro do peito. Depois vem a cabeça que o outro está doente. Às vezes levanto e ando de um lado para outro dentro da pediatria para ver se passa minha dor ou então sinto e choro”.M10

Baseando nas palavras dessas mães podemos perceber que realmente estão a passar por sintomas que são considerados de alto risco para diagnóstico de transtorno de ansiedade. A maior parte delas apresentou três ou mais sintomas de ansiedade, que nos leva a perceber que precisam de ter muita resiliência para superar estes sintomas. Pode-se enxergar que a ansiedade foi várias vezes definida como, fadiga e preocupação.

Também tornou-se claro a teoria de Beck (1997), que o pensamento negativo pode influenciar comportamentos negativos. Portanto algumas delas demonstraram que quando pensavam negativamente, obtinham comportamentos que designaram como nervosismo, zanga, entre outros. Contudo cada mãe apresentou uma estratégia de superação dos sintomas. A água foi o remédio mais utilizada para domar alguns sintomas, como por exemplo a cefaleia. Outra ainda recorreu a choros e conversas. Ferramentas importantes nas psicoterapias. Elas ajudam o paciente a expor suas inquietações permitindo-lhes descarregar suas crenças que lhes bloqueiam, permite-lhes também criar novas expectativas e estratégias de enfrentamento.

Categoria 6 - A influência da ansiedade e acompanhamento materno no entendimento da médica e enfermeira

A médica com 24 anos de serviço, diz o seguinte quanto a ansiedade materna:

“ A ansiedade materna influencia sim no tratamento da criança. Porque transmite-se para a criança o estado de espírito e psicológico. Portanto pode atrapalhar o tratamento tendo comportamentos como não deixar administrar os medicamentos, não prestar cuidados devidos, a criança entre outras coisas”. DR

A enfermeira de 25 anos de serviço explica o seguinte:

“ A criança absorve os comportamentos da mãe, se ela estiver ansiosa a criança sente e ela pode ficar mais agitada perdendo a confiança em nós. Por outro a falta de colaboração, o nível de socialização com outras mães podem ficar prejudicadas. Por isso que ansiedade materna prejudica sim no tratamento”. EF

Diante de vários anos de experiência dessas profissionais de saúde aparamos dessas concepções, base que confirmam que mãe ansiosa exerce uma grande influência no tratamento do seu filho.

Quanto ao acompanhamento da mãe.

“É importante o acompanhamento materno para que não haja corte radical nos cuidados que a criança está habituada no dia – dia. Além de transmitir segurança as

crianças, quando as mães estão presentes as crianças ficam mais calmas e confiam em nós, as mães também sentem colaboradoras na recuperação do filho”. DR

“ O acompanhamento da mãe é importante porque, ela colabora no tratamento, na prestação dos cuidados ao seu filho. Eu penso que até ajuda na redução do comportamento negativo por parte das mães, nomeadamente a indisciplina que muitas vezes é por educação pessoal ou ignorância, aqui elas reaprendem diferentes formas de se comportarem. Paralelamente é bom para a criança que muitas vezes sente o medo do desconhecido e para mães que preocupam com o que pode acontecer”. EF

A opinião destas profissionais vai de encontro com a percepção do Barrera (2007), que declara que a presença da mãe atenua os transtornos psíquicos da criança, possibilita as condições emocionais mais satisfatórias, diminui infeções intra-hospitalares, estimula a lactação, reduz o tempo e gastos da hospitalização, melhora a eficiência do serviço de saúde, otimiza recursos humanos, favorece um relacionamento mais próximo e intenso entre o paciente e a equipe multidisciplinar e previne acidentes. Opera como fonte de informação direta sobre a evolução da doença, capacita a mãe para realizações de cuidados básicos e complexos que deveriam ser por elas desempenhados em casa, diminuindo assim a ansiedade e angústia gerada pela hospitalização. Ainda os dados do estudo de Rosemerie et al (2007), evidenciaram que a presença e o cuidado da mãe estreitaram seu vínculo com o seu filho, trouxe segurança para mãe e tranquilidade para criança, suscitando sentimentos positivos como alegria por poder cuidar do filho.

3.2 Aspetos emocionais das mães com filho/criança hospitalizada

A mulher/mãe, durante este estudo atuou como a uma figura imprescindível para fazer apreciações importantes sobre a forma como elas vivenciam um período de muitas preocupações e expetativas.

De acordo com Ferro e Amorim (2007), a família também pode sentir ansiedade frente à doença e internação da criança. As fontes mais frequentes de ansiedade são: inesperada instalação da doença; incerteza sobre o prognóstico; medo de que a criança sinta dor; sensação de não estar sendo devidamente informada; falta de privacidade; ambiente desconhecido e medo da morte.

Percebe-se que essas mães expressaram emoções de tristeza, algumas vezes de desespero, de solidão até os mais preocupantes como medo de ficar “louca”. No entanto dados que iremos apresentar posteriormente indiciam que existem mães em estados doença psicológica.

Oliveira (2006) observou, claramente, nas instituições de saúde que é a mãe que acompanha seu filho doente com mais frequência, sendo assim pode-se verificar que essa mãe também é um cliente que precisa dos cuidados dos profissionais de saúde, afinal, isso pode auxiliar na diminuição do estresse que essas mães sofrem por causa do processo da hospitalização. Contudo neste estudo, percebeu-se que quanto a ansiedade essas mães são verdadeiramente pacientes, que necessitam de assistência.

3.3 Análise do inventário de ansiedade de Beck

Nível de Ansiedade		Frequency	Percent	Cumulative Percent
1 val.	Ansiedade Mínimo	1	12,5	12,5
8-11	Ansiedade Leve	2	25,0	37,5
18-22	Ansiedade Moderado	2	25,0	62,5
28-66	Ansiedade Severa	3	37,5	100,0
	Total	8	100,0	

Tabela 1 - Classificação de Nível de Ansiedade

Observando a Tabela 1 e a figura1 abaixo, pode-se verificar que, nas mães que foram aplicadas o inventário de ansiedade de Beck, durante a internação do filho, a ansiedade severa foi o mais frequente com 37,5%, com valor obtido de 28 e 66, de seguida a ansiedade leve e moderado com 25,0%, tendo valor compreendido entre 8 a 22 e finalmente com menor frequência, com 12.5% correspondente a ansiedade mínimo com apenas 1 valor. Apesar de ser pequeno o nosso N, podemos apurar que a maioria das mães teve ansiedade patológica, pois, averiguamos a predominância da ansiedade

severa nas mães que foram aplicadas o inventário de ansiedade de Beck. Dos 21 sintomas contidos no inventário de ansiedade, a dificuldade de respirar e sensação de calor foram os mais respondidos como graves ou dificilmente de suportar.

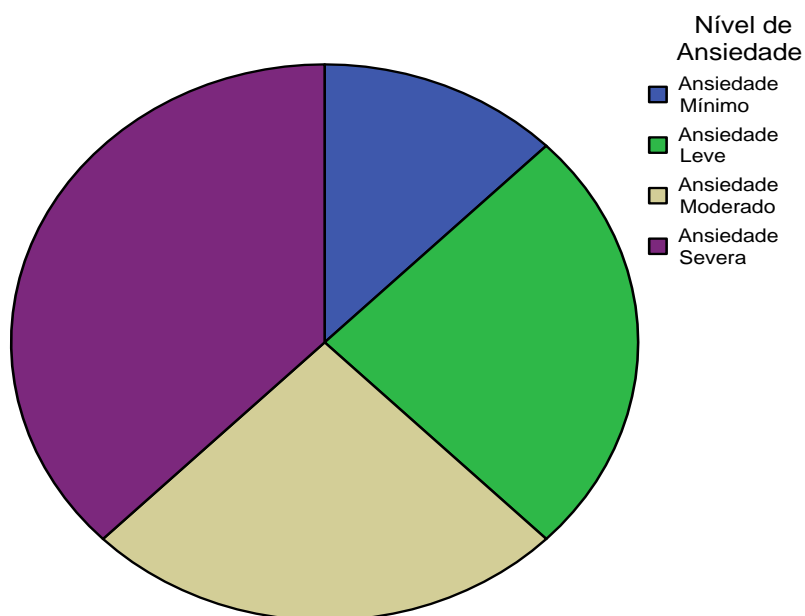


Figura 1 – classificação do inventário de ansiedade de Beck.

Cheyne, apud Shorter (1997), apresentou estudos de casos de alguns pacientes, que tinham estilo de vida caracterizado por, sintomas de ansiedade, insônia e agitação nervosa, em combinação com uma genética suscetível, possuía alteração no funcionamento dos nervos e consequentemente um quadro melancólico.

Para o autor a ansiedade é dolorosa. Pois emite que:

“ De todos sofrimentos que afligem vida humana e encontram-se relacionados ao corpo, (...), eu acredito que as doenças dos nervos em graus mais extremos, são as piores, as mais deploráveis”.

(Cheyne, apud Shorter, 1997:24).

De acordo com Brunner & Suddarth (1992), as reações fisiológicas, como a ansiedade, são reações do sistema nervoso-autônomo e da respiração, aspetos que causam mudanças na pressão sanguínea e na temperatura. Isto vem mostrar que a situação de hospitalização pode causar ansiedade e medo às mães, refletindo assim no seu sistema fisiológico.

3.4 Análise da Escala de Eventos vitais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Separação	2	2,8	2,8	2,8
	Morte de família	1	1,4	1,4	4,2
	Gravidez	3	4,2	4,2	8,3
	Doença na família	7	9,7	9,7	18,1
	Acréscimo ou diminuição de nºs de pessoas morado em sua casa	4	5,6	5,6	23,6
	Nascimento na família	6	8,3	8,3	31,9
	Mudança de casa	6	8,3	8,3	40,3
	Reconciliação matrimonial	1	1,4	1,4	41,7
	Perda de emprego	4	5,6	5,6	47,2
	Mudança de trabalho	1	1,4	1,4	48,6
	Dificuldades com chefias	1	1,4	1,4	50,0
	Reconhecimento profissional	3	4,2	4,2	54,2
	Acidentes	2	2,8	2,8	56,9
	Perdas financeiras	3	4,2	4,2	61,1
	Dificuldades sexuais	3	4,2	4,2	65,3
	Problemas de saúde	5	6,9	6,9	72,2
	Morte de amigo	5	6,9	6,9	79,2
	Dívidas	2	2,8	2,8	81,9
	Mudanças de hábitos pessoais	3	4,2	4,2	86,1
	Mudanças de atividades recreativas	2	2,8	2,8	88,9
	Mudanças de atividades religiosas	4	5,6	5,6	94,4
	Mudanças de atividades sociais	4	5,6	5,6	100,0
	Total	72	100,0	100,0	

Tabela2. Escala de eventos vitais de Savoia (1995);

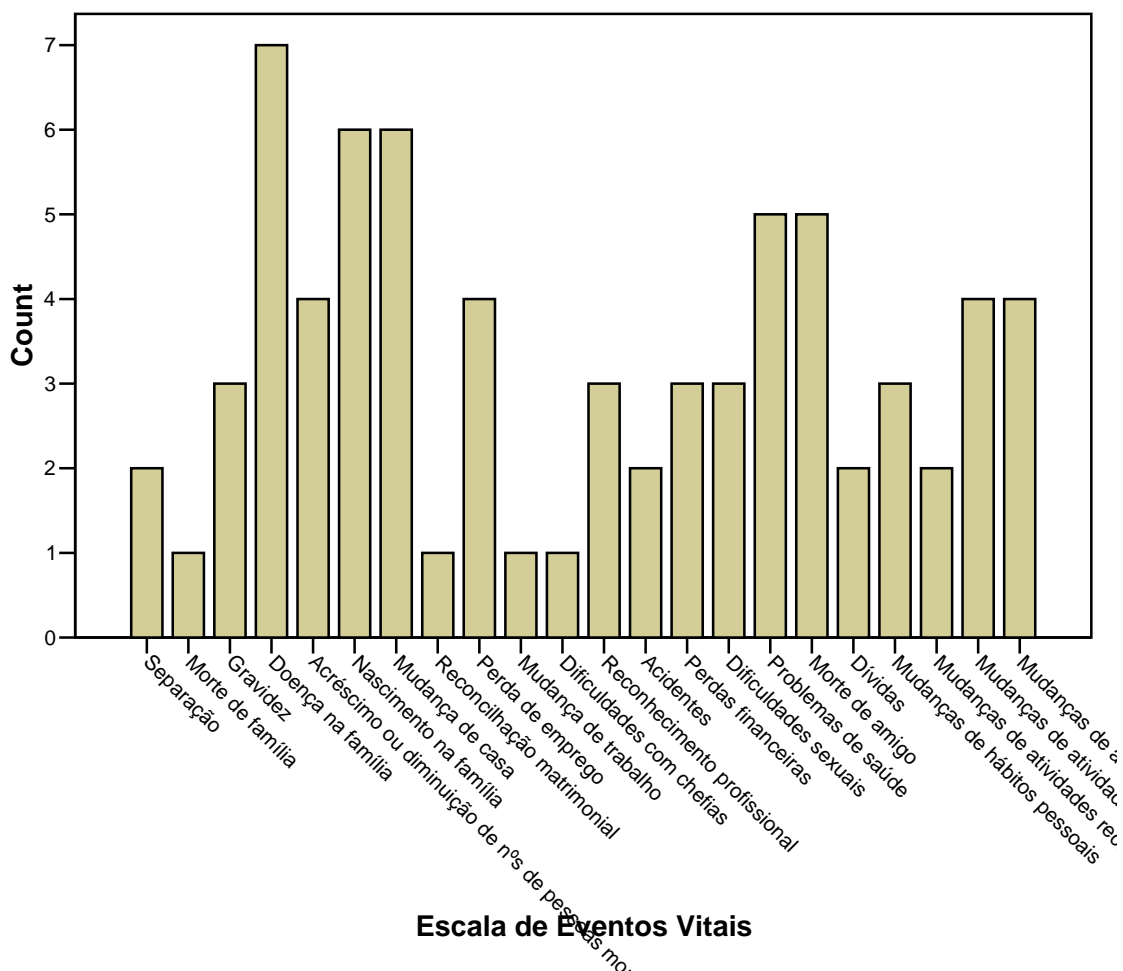


Figura 2.- Gráfico da escala de eventos vitais

De acordo com os dados recolhidos podemos constatar que, da amostra presentemente apresentada, dos 26 eventos, a doença na família está no topo da ocorrências com 7 frequência, ou seja apenas uma mãe que respondeu negativamente quanto a este evento, depois vem a mudança de casa e nascimento na família com 6 ocorrências, de seguida com 5 ocorrências problema de saúde e morte de amigo, na sequencia teve com 4 ocorrências perda de emprego, mudanças de atividades recreativas, mudanças de hábitos pessoais e acréscimo ou diminuição de número de pessoas morando em casa, depois com 3 ocorrências problemas sexuais, reconhecimento profissional, gravidez, perdas financeiras e mudança de atividades religiosas, com 2 ocorrências separação, dívidas e mudança de atividades sociais e com menor ocorrência foi dificuldades com chefia, reconciliação matrimonial,

morte na família e mudança de trabalho. Os restantes não tiveram nenhuma ocorrência.

3.5 Análise de mãe por números de Eventos

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	MA	3	4,2	4,2	4,2
	MB	4	5,6	5,6	9,7
	MC	6	8,3	8,3	18,1
	MD	7	9,7	9,7	27,8
	ME	9	12,5	12,5	40,3
	MF	11	15,3	15,3	55,6
	MG	15	20,8	20,8	76,4
	MH	17	23,6	23,6	100,0
	Total	72	100,0	100,0	

Tabela 3. Análise de mães por números de eventos.

Respeitando a cada N de nosso estudo, das 8 mães que foram aplicadas a escala de eventos vitais, MH respondeu 17 eventos em um ano, portanto foi a mãe que teve o maior número de eventos ocorridos, a MG com 15 eventos, depois a MF com 11 eventos, de seguida a ME com 9 eventos, na sequência a MD com 7, MC com 6 eventos, respondeu a MB 4 eventos e MA com 3 o menor número de eventos.

Verifica-se que a MH chamou a tenção com ocorrência de 17 eventos vitais no período de um ano, pois a mesma mãe, teve nível de ansiedade 48 o que significa ansiedade severa ou patológica. Enquanto a MG teve 15 eventos ocorridos, teve nível de ansiedade 18 que significa ansiedade moderado. No entanto a MF lhe ocorreu 11 eventos, o seu nível de ansiedade esteve em 66 que traduz a ansiedade doentio. A ME teve 9 eventos com nível de ansiedade severa de 28.

Quanto a MD e MC estiveram entre a ansiedade leve e moderado. A MB que teve o menor número de eventos não teve ansiedade ou seja, nível 0.

O estudo de Appley e Trumbull (1988), chamou de estresse psicossocial, o estresse quando derivado da percepção do indivíduo do seu ambiente social. Também, verificaram que o estresse psicossocial é um fator contribuinte dos distúrbios emocionais.

Depue e Monroe (1986) ao analisarem e concluíram que eventos vitais têm uma relação estreita com desordens crônicas, por isso questionam implicações conceituais, de pesquisa e de avaliação.

Portanto os estudos acima apresentados, explicam os resultados da nossa pesquisa. Verificou-se uma certa relação entre os números de eventos com o nível de ansiedade. Entretanto cada mãe respondeu de maneira peculiar aos eventos ocorridos.

Conclusão

Começamos esta pesquisa com interesse de responder algumas pendências, entretanto esta pesquisa suscitou novas questões que poderão ser exploradas. Realça-se, nesta direção, o fato de, as mães que tiveram mudanças significativas no seu cotidiano, dentro de um ambiente estressante e sem qualquer tipo de apoio, nem qualquer suporte social, porém, obtiveram baixo nível de ansiedade.

Podemos verificar que, as mudanças que estas mães enfrentam vão além do cotidiano, ou seja, tiveram de encarar não só a preocupação da casa, como dos filhos que ficaram em casa, do filho doente, do desemprego, com o custo da hospitalização, da falta de apoio principalmente do pai da criança, algumas vezes, de conflito com a equipa do hospital e das emoções que lhes acompanham durante todo processo da hospitalização. O estudo revela que o confronto com o diagnóstico é um choque emocional tendo as mães manifestado sintomas depressivos e de ansiedade. Permitiu -nos ter a mesma percepção de Collet (2002), que a hospitalização atinge o cotidiano e a organização interna da família em maior ou menor grau, muitas famílias se organizam para responder as dificuldades que surgem da internação. As mães reorganizam sua estrutura para permanecer com o filho doente. Como a vida fora da instituição é contínua, essa reorganização e reestrutura torna-se de grande valor para tais mães. Elas tornam-se mais tranquilas e eficazes, quando é possível contar com uma rede de apoio na família nuclear e/ou alargada ou de instituições gratuitas ou particulares.

Portanto reparamos que também houve mudanças financeiras que podem mudar o quotidiano não só da mãe como da família inteira. De acordo com Nieweglowski (2004), dentre as mudanças mais significativas estão o afastamento do trabalho, pelo fato dos pais preferirem acompanhar de perto a internação dos filhos, o que acarreta, em segundo plano, as dificuldades financeiras que também preocupam a família.

Verifica-se que a maioria delas ficou com as suas atividades empatadas para puderem dedicar completamente ao cuidado dos filhos. Este estudo acompanha a ideia de Osório (1996), a hospitalização da criança, exige uma reorganização familiar, em que a rotina da família é radicalmente modificada, bem como as relações com os seus membros e com o mundo externo, exigindo que as pessoas se readaptem a nova situação.

Quanto a fundamentação teórica, sustentou de teorias empíricas, partilhando ideias de autores curiosos e consistentes nos seus estudos, fazendo importantes conexões com prática da nossa investigação, pois, a parte empírica, permite compreender que a ansiedade materna, pode levar a uma extrema desorganização familiar e que as condições em que elas se encontram emocionalmente, valem muito na qualidade de cuidados que podem prestar ao filho. De acordo com a opinião dos profissionais entrevistados, podemos perceber que a ansiedade materna, pode dificultar o tratamento e o relacionamento com os profissionais de saúde do hospital. Portanto vai de encontro com o pensamento do Esslinger (2004), no qual diz que os cuidadores enfrentam três áreas de estresse na hospitalização: (a) sintomas dos pacientes que (limitações físicas e mentais) neste caso são os filhos; (b) interação com outros, família nuclear, família ampliada, amigos e cuidadores profissionais, pois pode ser difícil manter os papéis usuais, aliados ao papel de cuidador; (c) cuidados a si mesmos e suspensão de suas próprias vidas, saúde pessoal, falta de tempo para si próprios, isolamento da família e amigos e sentimento de culpa (desejo de que a experiência do cuidar termine, não ficarem tempo suficiente com o paciente, pouca atenção às suas responsabilidades como cuidadores, serem impacientes e não atenciosos com relação ao doente.

Por isso a família tem a necessidade de uma rede de apoio para ajudar no cuidado com os outros filhos e nos afazeres domésticos (Motta 1997). Nesta via como forma de apoio, também encontramos as visitas de amigos e familiares e o serviço oferecido no hospital, ainda que sem nenhuma lei que autorize, para que as mães que são do interior ou de outras ilhas, para que possam fazer suas necessidades, sem se afastar do filho hospitalizado.

Apesar do estereótipo dos homens cabo-verdianos, quanto ao comportamento de negligência aos filhos e mulher, esta pesquisa reverteu o quadro, demonstrando que na maioria das mães que participaram no estudo, revelaram uma total participação dos pais dos filhos. Resultado que nos leva a considerar que os pais cabo-verdianos estão mudando aos poucos o compromisso com a família.

Por último, concluiu-se que quanto mais radical for a mudança do cotidiano, quanto mais eventos estressantes que elas se exporem, traduz-se em maior nível de ansiedade e consequentemente desajustamento emocional, mais concretamente, ansiedade patológica.

No entanto não é uma regra. Cada mulher encara esta realidade de forma diferente, pois, pudemos constatar que houve mães que apesar das profundas mudanças, tiveram um nível normal de ansiedade. Enquanto, outras nem por isso, acabaram por ter níveis muito altas de ansiedade. Mas todas que tiveram alto nível de ansiedade apresentaram extremas mudanças no seu cotidiano. Tanto que, confirmamos a teoria de Beck (1997), que admite que os pensamentos disfuncionais podem influenciar o comportamento. Logo, este estudo, trouxe um detalhe interessante que poderá servir de estímulo para uma futura pesquisa. Nesta corrente de ideias ficamos com uma pergunta suspensa e aberta a repostas: será que o ambiente influencia a um mau pensamento que pode gerar um mau comportamento?

Os resultados obtidos no presente trabalho, corroboram com a hipótese em que o papel das mães na família foi prejudicado por causa da ansiedade durante a hospitalização do filho.

Respeitando a natureza da pesquisa, recorreu-se a uma metodologia consistente, ou seja, utilizou medidas com adequadas propriedades psicométricas, possuindo validade e fidelidade e que se apresentou ajustadas para a população do estudo.

Assim, espera-se que este estudo tenha contribuído para a investigação e intervenção dos aspetos psicológicos envolvidos na hospitalização do filho, tentando diminuir a incidência das perturbações maternas que ocorrem nestas fases da vida da mulher.

Concluimos assim este estudo na expectativa de que, de algum modo, possamos ter contribuído para uma melhor compreensão sobre a vivência destas mães, e abrir novas pistas, nomeadamente relacionadas com a identificação de recursos adaptativos que elas utilizam perante a confrontação desta situação de risco.

Constrangimentos

Sendo um trabalho de investigação é quase impossível não encontrar algumas dificuldades. Primeiramente, a Pediatria do Hospital Dr. Agostinho Neto, onde decorreu a recolha de dados, tem o seu programa interno. O que causou um grande dispêndio de tempo para ter a oportunidade de entrevistar as mães, que têm grandes condicionantes à sua disponibilidade, devido ao cuidado que têm que prestar ao filho doente.

O ambiente onde foram aplicadas os instrumentos de pesquisa não foi favorável, considerando a ética da investigação. A situação de internamento como sabemos está sujeito a alta a qualquer momento, o que foi um dos motivos que desequilibrou os resultados da nossa pesquisa.

Sugestões

Os resultados desta pesquisa poderão servir como um propulsor, principalmente na comunidade onde foi realizada, de resiliência e superação. Da mesma forma serviu de auxílio para melhor compreensão da equipa de saúde, da situação de ansiedade e mudança por que passam essas mães.

Sugerimos ser importante verificar a possibilidade de criação de um espaço para as mães, na medida que esta é uma das questões polémicas no nosso país, tendo em conta as condições em que elas dormem, um fundo de apoio social para mães provenientes de outras ilhas, do interior e para aquelas que vivem na pobreza extrema.

Para finalizar, sublinha-se a importância de uma avaliação psicológica durante a hospitalização dos filhos. Portanto, de acordo com Collet & Rocha (2004), um serviço hospitalar, eficaz, também deve contemplar a orientação aos acompanhantes, quanto aos procedimentos e normas do hospital, de forma a conseguir a cooperação e a participação destes, durante a hospitalização das crianças.

Apesar de enfrentarmos inúmeras dificuldades para conseguir efetuar uma pesquisa na Pediatria do Hospital Dr. Agostinho Neto, podemos sem dúvidas consentir a partir de agora que o presente estudo abre importantes direções para pesquisa futura.

Bibliografia

- Appley, M.H.; Trumbull, R. _ On the Concept of Psychological Stress. In: Appley, M.H.; Trumbull, R. *Psychological Stress Issues in Research* - New York, Appleton-Century-Crofts, 1988.
- Aylward, G. P. *Methodological issues in outcomes studies of at-risk infants*. Journal of Pediatric Psychology, 2002.
- Beck, Aaron T...[et al.]. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Trad. Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Beck, Judith S. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Trad. Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
- Barrera FQ, Moraga FM, et al. *Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: análisis histórico y visión de fut.uro*. Rev.chil.Pediatr.2007.
- Barros, Luisa. *Psicologia pediátrica : perspectiva desenvolvimentista*, Climepsi editores. 1999.
- Barros, A.V. *Estudo da prevalência de perturbações depressivas nos pacientes da consulta externa do H.A.N. «Extensão Trindade» de 2004-2008*. Monografia uni Piaget, 2011.
- Bennet, Paul () *Introdução clinica a psicologia da saúde*, Climepsi editores.
- Bennett Paul; Murphy S. (1997) *psicologia e promoção da saúde*, Climepsi editores,2000.
- Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. *Endocrine Factors in the Etiology of Postpartum Depression*. Comprehensive Psychiatry, Vol 44 no 3, 2003: pp 234-246.
- Bowlby, J. *Apego e perda: separação*. São paulo: Martins fontes, v. 2, 1973/1984
- Bowlby, J. *formação e rompimentos de vínculos afetivos*. São paulo: Martins fontes, 1962.
- Bowlby, J. Angústia e separação : revisão da literatura. In: ____ *Separação: angústia e raiva*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- Branco AU. *A relação mãe-criança: considerações sobre a ontogênese da "natureza" social do ser humano*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília (DF) 1987 set/dez;3(3):296-300.
- Brunner, L. S. & Suddarth, D. S. *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: 1992.

- Caballo, Vicente E. *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo: Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda., 1996.
- Camargo, D.A. transtornos ansiosos. In: Souza, J.C., Guimarães, M.A .L.; BALLONE, G. (orgs.). *psicopatologia e psiquiatria básicas*. Sao Paulo: Vector 2004.
- Camom, V. A. A. *Psicologia hospitalar: atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço, 1984.
- Collet N, Oliveira BRGD. *A criança e a hospitalização*. Manual de enfermagem em pediatria. Goiânia: AB; 2002.
- Collet, N. & Rocha, S. M. M. (2004). Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Revista Latino Americana em Enfermagem*, 12 (2), 191-197.
- COELHO, Virgínia Paes. *O trabalho da mulher, relações familiares e qualidade de vida*. In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 71, Ano XXIII: Cortez, 2002.
- Cortazzo, Inês. *Saúde e trabalho*. Arquivos de Medicina Preventiva, n. 7.Porto Alegre: Faculdade de Medicina, UFRGS,2000.
- Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
- Depue, R.A.; Monroe, S.M. _ Conceptualization and Measurement of Human Disorder in Life Stress Research: The Problem of Chronic Disturbance. *Psychological Bulletin*, 1986.
- Esslinger, I. *De quem é a vida afinal? ... Descortinando os cenários da morte no família para a equipe de enfermagem*. *Revista Einstein* (Hospital Israelita Albert Einsten), 7 (1 Pt 1), São Paulo, SP,2004.
- FERRO, Fabrycia de Oliveira; AMORIM, Vera Christina de Oliveira. *As emoções emergentes no hospital infantil*. Revista Científica de Psicologia, Maceió, AL, ano 1, n.1, 2007.
- Figueiredo, B. *Mães e bebês*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciencia e Tecnologia Guanabara. hospital (2ª. Ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo,2001.
- Gil António Carlos.(2007) *Pesquisa Social*. São Paulo. Editora: atlas S.A.
- Goldenberg, M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record, 1999.
- Greenberger, Dennis; Padesky, Christine A. *A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda, 1999.

- Kinrys G, Wygant LE. *Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment?* Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(Supl II).
- Manzini, E. J. *A entrevista na pesquisa social*. Didática, São Paulo, v. 26, p. 149-158, 1990.
- Maser, J. e Cloninger, C. *Comorbidity of anxiety and mood disorders: introduction and overview*. Em J. Maser e C. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1990.
- Marson A.P. *Narcisismo materno: quando o bebê não vai para a casa*. Ver. SBPH, v. 11 n.1 Rio de Janeiro 2008.
- Mascoli, L. *Fantasia, atitudes e ajustamento materno ao primeiro mês de vida da criança: abordagem psicológica a puerperas em isolamento e no pós-parto distócico*. 1990.
- Moraes R. *Análise de conteúdo*. Educação. 1999
- Motta MGC. *O ser doente no triplice mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais*. [tese]. Florianópolis(SC): Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina; 1997.
- Noyes, R. (eds.) *Handbook of Anxiety, The Neurobiology of Anxiety*. Amsterdam, Elsevier Science, 1990.
- Nieweglowski, V.H. *Unidade de terapia intensiva pediátrica: vozes e vivências da família*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.
- Oliveira, B.R.G.de; Collet, N. *Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança família*. 1999.
- Oliveira, N. F. S. *Diálogo vivido entre enfermeira e mães de crianças com câncer*. 2006.
- Oliveira, Eleonora Manicucci. *A mulher, a sexualidade e o trabalho*. São Paulo: Hucitec CUT – BRASIL, 1999.
- Osório LC. *A família hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
- Pereira, M.E.C. *mudança no conceito da ansiedade*. In: HETEM, L.A.B; Rio de Janeiro: editora científica nacional, 1997.
- Pinto, M. C. M. “et al”. *Significado do cuidar da criança e a percepção da família*. 2009.

- Ramirez, M. C. G. *El Nino y adolescente com uma enfermidad crônica o discapacitante*. In F. B. Assumpção Junior e E. Kuczynski, *Situações Psicossociais na Infância e na Adolescência*. São Paulo: Atheneu. 2008.
- Rangé, Bernard (Org). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas*. Vol. 1. São Paulo: Editoria Livro Pleno, 2001.
- Relvas, A. P. *Ciclo vital da família* (4.a ed.). Porto: Edicoes Afrontamento. 2006.
- Rev.latino-am.enfermagem. Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 95-102, dezembro 1999.
- Revista eletrônica de enfermagem. n.1 v.8 João Pessoa, 2006.
- Rosemeire, C.M. & Marcon, S. *Benefícios de permanência de participação da mãe no cuidado ao seu filho*. 2007.
- SILVA, Avani Souza.: *Estórias de casa: o papel dominador da mãe em uma crônica da cabo-verdiana Dina Salústio*. Dissertação de Mestrado defendida na Faculdade de Letras da Universidade de São Paulo, 2007.
- Shorter, E. *A history of psychiatry, from the era of the asylum to the age of Prozac*. Nova Iorque. John Wiley e Sons, 1997.

Sitografia

ANDRADE, Laura Helena S. G. de; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães. *Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher*. Revista de psiquiatria clínica. São Paulo, vol. 33, n. 2, 2006. PP. 43-54. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/43.html>>. Acesso em: jul 2012.

ALLGULANDER, Christer. O que nossos pacientes querem e necessitam saber sobre transtorno de ansiedade generalizada?. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2007, vol.29, n.2 [cited 2013-01-28], pp. 172-176 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000200016&lng=en&nrm=iso>. Epub Nov 14, 2006. ISSN 1516-4446. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000023>.

BAUER, Michael e Força-Tarefa DA WFSBP SOBRE Diretrizes DE TRATAMENTO PARA Transtornos DEPRESSIVOS UNIPOLARES et al. Diretrizes da Federação Mundial de Sociedades de Psiquiatria Biológica (WFSBP) parágrafo Tratamento biológico de Transtornos depressivos unipolares, 1ª parte: Tratamento agudo e de Continuação fazer Transtorno depressivo Maior. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2009, vol.36, suppl.2 [citado 2013/01/28], pp 17-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000800001&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0101-6083. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832009000800001>.

CREPALDI, Maria Aparecida. Famílias de crianças hospitalizadas: os efeitos da doença e da internação. *Revista Ciência Saúde*, Florianópolis, v.17, nº1, jan/jun, 1998. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/paideia/v10n19/05.pdf>. Acesso em: 25 out 2012.

FAQUINELLO, Paula; COLLET, Neusa. Vínculo afetivo mãe/filha na unidade de alojamento do conjunto pediátrico. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v.24, n.3, p.294-304, dez, 2003. Disponível em: <www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/download/7543/6831>. Acesso em 23 de abr de 2012.

FRANÇA Grazziele Rocha. *Processo de interação entre mãe e filho com câncer em situação de tratamento hospitalar*. Trabalho de licenciatura. Universidade do Vale do Itajaí, Brasil, 2002. Disponível em: <www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0099.pdf>. Acesso em: 11 de jan. de 2013.

KOHLSDORE, Marina; COSTA JUNIOR, Áderson Luiz da. Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. Estudo psicológico Campinas, v.25, n.3, Jul/Set, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000300010>__Acesso em 10 de dez de 2012.

IMORI, Maria Cecília . ROCHA, Semiramis Melani Melo; SOUZA, Heloísa Garcia Borgi Lino de.; LIMA.Regina Aparecida Garcia . Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada: revisão crítica da literatura. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.10, n.3, p.37-43, 1997. Disponível em:www.unifesp.br/denf/acta/1997/10_3/pdf/art4.pdf>. Acesso em 25 de Nov 2012.

MENDONCA, Vitor Silva. Sofrendo entre quatro paredes: relatos de mães acompanhantes dos filhos hospitalizados. Rev. electrón. psicol. polít. (En línea), San Luis, v. 7, n. 19, abr. 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-35822009000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 jul. 2012.

Trentini Clarissa Marcelli, Hutz Claudio Simon, Bandeira Denise Ruschel, Teixeira Marco Antônio Pereira, Gonçalves Marcia Toralles Avila, Thomazoni Andresa Ribeiro. Correlações entre a EFN - Escala Fatorial de Neuroticismo e o IFP - Inventário Fatorial de Personalidade. Aval. psicol. [periódico na Internet]. 2009 Ago [citado 2012 Nov 07] ; 8(2): 209-217. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000200007&lng=pt.

VALENTE, Nina Leão Marques et al. Evolucionismo e Genética DO Transtorno de estresse Pós-traumático. Rev. psiquiatr. Rio D'us. Sul , Porto Alegre, v 30, n. 1, 2008.Disponível a partir do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000200008&lng=en&nrm=iso>. acesso em 28 de Dezembro de 2012.<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000200008>.

A. Anexos

A.1 Roteiro de entrevista às mães

Data: _____/_____/_____

Dados pessoais da mãe

Nome: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Estado civil: _____

Religião: _____

Morada: _____

Dados do filho

Nome: _____

Idade: _____

Diagnóstico da doença: _____

Tempo de hospitalização:

- 1- O que entendes por ansiedade?
- 2- Como sentiste quando recebeste a notícia da hospitalização do seu filho?
- 3- Quantas horas permaneces com seu filho no hospital?
- 4- Como costumavas reagir quando estas fora do hospital?
- 5- Tiveste algum tipo de apoio durante a hospitalização do filho? Se sim, de quem e que tipo?
- 6- O que mudou na sua vida quotidiana depois da hospitalização do seu filho?
- 7- Tiveste algum tipo de sintomas ou doença depois que seu filho foi hospitalizado?

- 8- Como está sendo seu relacionamento com os médicos e enfermeiros do seu filho?
- 9- Como achas que seu filho esta reagindo ao tratamento?
- 10- Qual a sua expectativa quanto a cura do seu filho?
- 11- Como estás a ajudar o seu filho a ultrapassar esta situação?
- 12- Como tem sido a sua participação na sua casa e no seu trabalho?
- 13- Sentes que estas ansiosa? Se sim, o que fazes para superar?
- 14- Sabes quais as consequências da ansiedade na sua vida e no tratamento do seu filho?
- 15- Recebeste algum apoio psicológico durante estes períodos?
- 16- Que medidas achas que devem ser tomadas para ajudar as mães a ultrapassar estas situações?

A.2 Roteiro de entrevista para médicos e enfermeiros

Dados pessoais

Idade: _____

Anos de trabalho: _____

Especialidade: _____

1. Qual é seu conhecimento sobre ansiedade?
2. O que esperas de uma mãe quando hospitaliza seu filho?
3. Como percebes a participação das mães no tratamento da criança?
4. Achas que ansiedade materna pode influenciar o tratamento? Se sim até que ponto?
5. Achas que existe patologia que tem maior vulnerabilidade para ansiedade materna? Se sim quais?
6. O que pensas que pode desencadear ansiedade materna no contexto hospitalar?
7. Quando percebes que uma mãe esta com ansiedade o que fazes?
8. Quais os pontos positivos da participação das mães?
9. E os negativos?
10. Que aspetos podem ajudar a mãe a diminuir a sua ansiedade?
11. Como estabelece a relação com as mães das crianças?
12. Achas necessário ter psicólogo na pediatria?
13. Se sim, como podem ajudar nessa situação?
14. Que sugestões dariam para ajudar as mães a ultrapassar essas situações

A.3 Inventário de Ansiedade de Beck- BAI

Nome: _____

Idade: _____ Data: ____/____/____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista, Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

A.4 Escala de eventos vitais (Savoia, 1995;200)

Assinale os eventos que lhe ocorreram no último ano

- ☐ morte do cônjuge
- ☐ separação
- ☐ casamento
- ☐ morte de alguém da família
- ☐ gravidez
- ☐ doença na família
- ☐ acréscimo ou diminuição do número de pessoas morando em
- ☐ sua casa
- ☐ nascimento na família
- ☐ mudança de casa
- ☐ mudança de escola
- ☐ reconciliação matrimonial
- ☐ aposentadoria
- ☐ perda de emprego
- ☐ mudança de trabalho (favorável ou desfavorável)
- ☐ dificuldades com a chefia
- ☐ reconhecimento profissional
- ☐ acidentes
- ☐ perdas financeiras
- ☐ dificuldades sexuais
- ☐ problemas de saúde
- ☐ morte de um amigo
- ☐ dívidas
- ☐ mudanças de hábitos pessoais
- ☐ mudanças de atividades recreativas
- ☐ mudanças de atividades religiosas
- ☐ mudanças de atividades sociais

Outros: _____

A.5 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Nome:

Sexo:

Idade:

Naturalidade:

Profissão:

Declaro aceitar participar na investigação de forma livre e informada, após ter garantido pela investigadora o sigilo e a confidencialidade dos dados individuais. Fui ainda informada da existência do Comité Nacional de Ética para a pesquisa em saúde, no Ministério do Estado e da Saúde para onde posso dirigir algumas reclamações caso sejam violadas as regras que determinaram o meu consentimento.

Praia, 12 de Dezembro de 2012

Participante

A.6 Autorização do Hospital Dr. Agostinho Neto



HOSPITAL DR. AGOSTINHO NETO

Exma. Senhora

Evelise Barbosa

N.º537/HAN/012

Praia, 05 de Novembro de 2012

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados para realização do trabalho de monografia.

Exma. Senhora,

Na sequência do pedido de autorização para recolha de dados sobre a tema: "Impacto da ansiedade nas mães com filhos hospitalizados na Pediatria do Hospital Dr. Agostinho Neto" a direcção do mesmo vem por este meio informar que foi autorizado à estudante de Psicologia Clínica e da Saúde, **Evelise Barbosa**, a recolha de dados, salvaguardando princípios éticos e o sigilo, e uma cópia do trabalho de monografia deverá ser entregue à direcção clínica do Hospital Dr. Agostinho Neto.

Com os melhores cumprimentos,



A.7 Autorização do Comité de Ética em Pesquisa para Saúde de Cabo verde



COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A SAÚDE

Deliberação nº58/2012

1-Foi submetido a 12/11/12 nos termos do artigo 5º do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho, para apreciação do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS) o Projecto intitulado: "Impacto da ansiedade nas mães com filho hospitalizado na Pediatria do Hospital Dr.Agostinho Neto" pela estudante da Universidade Jean Piaget, Evelise Barbosa.

2-O projecto enquadra-se na elaboração da Memória Final para obtenção do grau de licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde, tendo como Orientadora a docente, Elisângela Rosa Lima Barros e Barros.

3-O CNEPS fez a análise documental da proposta na sua 34.ª Reunião Ordinária, realizada a 29 de Novembro de 2012, nomeadamente:

- Protocolo de pesquisa .Roteiro de entrevista às mães
- Roteiro de entrevista para médicos e enfermeiros
- Inventário de ansiedade de BECK-BAI .Curriculum vitae da orientadora.
- Termo de consentimento livre e esclarecido

4- O CNEPS deliberou no sentido da aprovação do estudo por preencher os requisitos éticos e administrativos, ao abrigo do artigo nº11 do decreto-lei nº26/2007 de 30 de Julho, devendo a pesquisadora manter o CNEPS informado do andamento dos trabalhos e dos resultados alcançados.

Praia, 03 de Dezembro de 2012

A Presidente do CNEPS

Maria da Conceição Moreira de Carvalho